Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Strasbourg
Mention : Médecine

ANNÉE 1936 N° 11

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

Par

KULIKOWSKA Liba

née à BIALYSTOK (Pologne) le 18 février 1908

Interne des Hôpitaux de Strasbourg

Considérations sur la Grossesse Compliquée de Fibrome

(Rapport des cas observés à la Clinique d'Accouchements de Strasbourg depuis 1920).

Président : **M. REEB**, Professeur

Editions Argentoratum
Strasbourg-Neudorf
1936

Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Strasbourg
Mention : Médecine

ANNÉE 1936 N° .....

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

Par

KULIKOWSKA Liba
née à BIALYSTOK (Pologne) le 18 février 1908

Interne des Hôpitaux de Strasbourg

Considérations sur la Grossesse Compliquée de Fibrome

(Rapport des cas observés à la Clinique d'Accouchements de Strasbourg depuis 1920).

Président : **M. REEB**, Professeur

Editions Argentoratum
Strasbourg-Neudorf
1936

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	FORSTER ✲ ⁂ I.
Assesseur		WEILL ⁂ I.

Professeurs

Embryologie	MM.	ANCEL ✲ ⁂ I.
Anatomie		FORSTER ✲ ⁂ I
Histologie		BOUIN O. ✲ ⁂ I.
Physiologie		SCHAEFFER ⁂ I.
Physique biologique		VLES ✲ ⁂ I.
Chimie biologique		NICLOUX O. ✲ ⁂ I.
Anatomie pathologique		MASSON ✲ ⁂ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		SCHWARTZ ⁂ I.
Hygiène, Bactériologie		BORREL C. ✲ ⁂ I.
Médecine légale		CHAVIGNY C. ✲ ⁂ I
Clinique médicale		MERKLEN ✲ ⁂ I.
		AMBARD ✲ ⁂ I.
Clinique chirurgicale		LERICHE ✲ ⁂ I.
		STOLZ ✲ ⁂ I.
Clinique ophtalmologique		WEILL ⁂ I.
Clinique dermatologique		PAUTRIER O. ✲ ⁂ I.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF ✲ ⁂ I.
Clinique neurologique		BARRE ✲ ⁂ I.
Clinique gynécologique et accouchements		REEB ⁂ I.
Clinique infantile		ROHMER ✲ ⁂ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique		CANUYT ✲ ⁂ I.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		FONTES ⁂ A.

Professeurs sans chaire:

MM. ARON Max ⁂ I.
BELLOCQ ⁂ I.
GERY ⁂ I.

Chargés de cours et Agrégés:

MM. BENOIT ⁂ A.
FONTAINE
GELMA ⁂ I.
GUNSETT ✲ ⁂
HANNS ✲ ⁂
HUMBERT ✲ ⁂ A.
KAYSER
KELLER ⁂ I.
KREIS ⁂ A.
LARROUSSE ⁂ A.
LE GUYON
REISS
SIMONIN ✲ ⁂ A.
VAUCHER ✲ ⁂ I.
WEISS A. ⁂ A.
WAITZ
WOLF

Agrégé libre: M. SIMON ✲ ⁂ A.

Directeur de la Clinique dentaire: M. ROMEY ✲ ⁂ A.

Chargé d'un cours complémentaire: MM. MEYER M. ⁂ A., ROEDERER

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548005_0014

A MES PARENTS

A MES SŒURS

A MES AMIS
présents et absents

témoignage d'amitié.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. REEB

Professeur de Clinique Gynécologique et Obstétricale

qui nous a initiée à la pratique de Gynécologie et d'Obstétrique et qui nous à toujours témoigné la plus grande bienveillance.

Nous garderons de nos trois années d'internat passées dans son service, le souvenir le plus reconnaissant.

Nous sommes heureuse de lui témoigner ici notre profonde reconnaissance et notre attachement respectueux.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. LERICHE

Professeur de Clinique Chirurgicale

qui nous a accueillie avec bienveillance dans sa clinique et nous a initiée à la Grande Chirurgie.

Qu'il veuille bien recevoir l'assurance de notre gratitude et de tout notre dévouement respectueux.

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE J. KREIS

qui a exercé sur notre formation médicale une influence profonde.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et dévouement.

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE
R. FONTAINE

qui nous a toujours guidée avec la plus grande bienveillance pendant nos études médicales.

Qu'il veuille bien croire à notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. GINGLINGER
Chef de Clinique Gynécologique et Obstétricale à la Faculté de Strasbourg

qui a été notre chef de service pendant deux ans et à qui nous devons une grande partie de notre formation médicale.

Nous dédions cet opuscule en témoignage de notre profonde reconnaissance.

A MES MAITRES D'ETUDES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MERKLEN

qui fut notre premier Maître de Clinique.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BARRÉ

qui nous a initié à la Neurologie.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GÉRY

qui nous a initié à la Pathologie microscopique du corps humain.

en témoignage de respect, de profonde affection et d'infinie reconnaissance.

PUBLICATIONS ANTERIEURES

KULIKOWSKA L. — Accidents post-opératoires chez une femme irradiée pour fibrome.
(Bull. Soc. Obstr. 1933, p. 697).

KULIKOWSKA L. — Un cas de fibrome mou simulant une grossesse.
(Bull. Soc. Obstétr. 1933, p. 687).

KREIS J. et KULIKOWSKA L. — Principes et valeur de l'accouchement médical dans l'épreuve de dystocie au détroit supérieur.
(Rev. Franç. de Gynéc. et Obst. 1933, p. 921-973).

KREIS J. et KULIKOWSKA L. — De l'avantage du traitement antispasmodique des « fausses douleurs » par des suppositoires de spasmalgine.
(Bull. de Soc. Obstétr. et de Gynéc. de Paris, janvier 1934).

KULIKOWSKA L. — Œdème généralisé du fœtus avec examen histologique des organes et du placenta.
(Gynécologie et Obstétrique. Septembre 1934).

KULIKOWSKA L. et HOERNER G. — Coexistance chez une même malade de trois tumeurs malignes histologiquement différentes.
(Bull. de la Soc. d'Obstétr. et de Gynéc. de Paris. Novembre 1934).

INTRODUCTION

Le problème posé par la coexistance de la grossesse avec un fibrome est toujours actuel, malgré le nombre des travaux qu'il a inspiré. L'ambition de l'accoucheur qui doit toujours viser la conservation du fruit et des fonctions génitales de la mère y est mise à l'épreuve. La question « grossesse et fibrome » a subi un renouveau d'actualité après la guerre, car le nombre des primipares âgées a augmenté.

En même temps l'avènement de la chirurgie dans la pratique obstétricale, la précision de la conduite à tenir et des indications opératoires, soit chirurgicales, soit obstétricales, la découverte des réactions biologiques et cliniques qui facilitent singulièrement le diagnostic des grossesses compliquées de fibrome, montrent que ce chapitre de la pathologie obstétricale a subi des remaniements profonds et justifient à ce titre une étude nouvelle.

Nous ne ferons qu'effleurer la question la plus intéressante et toujours obscure de l'étiologie et pathogénie de cette affection si fréquente. Les nombreuses théories : fonctionnelle, endocrinienne, infectieuse et embryonnaire ont chacune une part de vérité. Le débat est loin d'être clos. Nous croyons que c'est une manifestation pathologique d'un organe n'ayant pas accompli ses fonctions physiologiques et dont la cause reste encore inconnue.

Un fait clinique demeure certain : c'est la fréquence des fibromes chez les nullipares et primipares âgées.

Un autre fait clinique s'associe fréquemment à la présence du fibrome : c'est l'atteinte de l'état général. C'est ainsi que se surajoutent souvent aux manifestations locales du fibrome un syndrôme cardio-vasculaire (hypertension, etc.), des thrombo-phlébites.

La discussion sur la stérilité et la possibilité d'une grossesse menée à terme dans un utérus fibromateux a suscité de longs débats. Il en ressort que la stérilité des fibromateuses est toute relative. Nombre des grossesses compliquées de fibromes arrivent à terme. Il faut compter avec elles.

Il est indéniable que la stérilité est plus fréquente dans ces cas : Olshausen l'estime à 31 %, Scipiadès à 33,5%, Treub à 34,6%, Lynch à 31,5% ; la stérilité chez les non-fibromateuses étant de 10 %.

En outre la fréquence des fibromes chez les nullipares âgées est de 26,4%, chez les multipares de 7,2% (Troell).

La fréquence des fibromes chez les gestantes (rapport de Brindeau), est indiquée par les chiffres suivants :

Clinique Barsany à Budapest, 52 fibromes sur 23.478 accouchements ; de Whitrige Williams, à Baltimore, 60 sur 7.000 accouchements ; Sloan Hospital (Pierson), 250 sur 30.836 accouchements ; Cl. Baudelocque, 162 sur 21.330 accouchements ; Cl. Tarnier, 31 intervention chirurgicales sur 18.000 accouchements. Nous avons réuni 42 observations sur 20.514 grossesses, à partir de 1920.

Nous n'avons pas l'intention de dresser une statistique vu le nombre restreint de nos cas. Nous préférons discuter nos observations une à une au cours de ce travail, ainsi que les problèmes qu'elles ont pu susciter.

Nous divisons notre travail comme suit :

1°) Résumé des observations ;
2°) Les éléments du diagnostic ;
3°) Evolution de la grossesse compliquée de fibrome ;
4°) Accouchement et fibrome ;
5°) Délivrance ;
6°) Suites des couches ;
7°) Résultats ;
8°) Conclusions.

RESUME DES OBSERVATIONS.

N° 1 (Gr. de 2 mois, fibrome du fond, douleurs).

Mme Sch... 33 ans, II-pare. P.R. à 16 ans. Un avortement en 1925; suites fébriles. D.R. 12-15 décembre 1926. Quelques nausées et vomissements. Le 11-2-27, fortes douleurs en coup de poignard dans la fosse iliaque droite. Découvre une tumeur apparue dans le bas-ventre. Admission le 15-2. Etat général bon. Abdomen souple. Une tumeur dure, de la taille d'une mandarine, légèrement sensible dans l'hypogastre droit. Ex. Int.: l'utérus présente deux parties, une sus-cervicale molle, (utérus gravide) et l'autre fondique (fibrome). Repos, calmants. Disparition des troubles. Le 26-2 quitte le service et ne revient plus.

N° 2. (Gr. de 3 mois. Fibrome de la paroi post. Douleurs vagues).

Mme Z..., 40 ans, VII-pare. Souffre du bas ventre depuis 6 ans. A été curetée à deux reprises sans pouvoir préciser pourquoi. Depuis un an, règles plus abondantes. Six accouchements normaux, le premier en 1909, le sixième en 1921. Aurait eu les D.R. le 27-2-1927. Légères pertes sanguines au mois de décembre et janvier. Douleurs dans le bas-ventre, admission le 12-2-1928. Etat général bon.. Ex. I: Lividité. Col gros, ramolli. Douglas libre. Utérus gravide de 3 mois. Un fibrome de la taille d'une mandarine, indolore, siège sur sa paroi postérieure. Repos, calmants. Douleurs cessent. Le 19-2 quitte le service.

N° 3. (Gros fibrome de la corne droite. Gr. de 3 mois. Légers troubles).

Mme. H..., II-pare, Règles toujours normales. Depuis 18 mois, plus abondantes. Un accouchement normal à l'âge de 29 ans. D. R. 21-9-1927. Depuis la fin du mois d'octobre douleurs dans le bas-ventre, surtout à droite. Sensation fréquente de ballonnement abdominal. A remarqué la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite. Etat général excellent.

Admission le 3-2-1928. L'abdomen est souple. Ex. Int.: L'utérus correspond à une grossesse de 3 mois, de consistance molle sauf au niveau de la corne droite où est implanté un fibrome cessile de la taille d'un poing. Repos. Le 4-II, la femme quitte le service.

N° 4. (Gr. 5e mois. Fibrome de la paroi lat. droite. Douleurs).

Mme Sch..., 26 ans. II-pare. Antécédents s. p. Un avortement du 5e mois en 1921. Suites normales. D. R. 26 mai 1927. Admission le 3-12-27, pour douleurs depuis 3 semaines et apparition d'une tumeur dans la fosse iliaque droite, douloureuse et qui grandit rapidement. A l'examen, on constate une grossesse de 5 mois et la présence d'un fibrome de la paroi lat. droite, de la taille d'une noix verte, douloureuse. Repos, calmants. Les douleurs cessent. La femme quitte le service le 8-12.

N° 5. (Gr. de 3 mois. Fibrome de la corne gauche. Douleurs. Extra-utérine? Epreuve à l'hypophysine. Accouchement à terme).

Mme E..., 30 ans. I-pare. D. R. fin octobre 1933. Admission le11.1.1934. Depuis 2-3 semaines, pertes sanguines

brunâtres. Vomissements. Légers vertiges. Douleurs dans la fosse iliaque gauche. A l'ex.: la taille de l'utérus correspond à une grossesse du 3e mois. Petite tumeur accollée à la corne gauche, et très douloureuse. Col fermé. Légère perte sanguine. S'agit-il d'une extra-utérine? Le 19.1, on fait une épreuve à l'hypophysine. La réaction est positive. L'utérus devient d'une dureté ligneuse. La petite tumeur ne change pas de consistance; sa provenance utérine est nette. Le 23.1, quitte le service en bon état. Revient pour accoucher à terme. Accouchement, délivrance et suites, normaux.

N° 6. (Gros. de 5 mois. Fibromes sous-séreux. Douleurs et troubles urinaires).

Mme D..., 33 ans. I-pare. D. R. le 11-15 août 1921. Depuis le mois de novembre, douleurs épigastriques. Apparition d'une tumeur dans la région sus-ombilicale, indolore au début, mais qui augmente rapidement et devient douloureuse. A senti les mouvements fœtaux. Mictions fréquentes et difficiles. Admission le 14.1.1922. Etat général bon. L'abdomen est ballonné. On sent un utérus gravide au 5e mois, qui est surplombé par une tumeur de la taille d'un poing, ronde, dure et surtout développée à gauche; plus bas un autre fibrome de la grandeur d'un œuf de poule. Le col est fermé. On sent les parties fœtales. Bruits fœtaux présents. Expectative. On s'abstient d'intervenir à cause de la grandeur des fibromes. Les troubles rétrocèdant, l'indication opératoire est écartée. La femme quitte le service le 30. 1. Malgré les recommandations n'est plus revenue.

N° 7. (Fibromes sous-séreux. Douleurs au 3e mois de la grossesse. Accouchement prématuré à terme).

Mme H..., 37 ans. I-pare. Antécédents s. p. D. R., le 10.1.1932. Consulte au 3e mois de la grossesse pour douleurs dans la fosse iliaque droite. On sent l'utérus dont le fond

remonte à l'ombilic. Dans la fosse iliaque droite on palpe deux fibromes, chacun gros comme une orange, légèrement douloureux. Repos, amélioration. Reste sous surveillance. Accouche normalement au 8e mois de la grossesse. Enfant vivant, délivrance et suites normales.

N° 8. (Fibromes multiples. Gr. normale. Accouchement à terme).

Mme G..., 33 ans. Hospitalisée en 1930 pour métrorragies dûes à des fibromes. Les règles redeviennent normales vers la fin de 1930. D. R. le 25.2.1931. Suivie pendant toute grossesse à la prénatale. La grossesse évolue normalement. Admission le 19.11.1931, pour accouchement. Rupture prématurée de la poche. Au moment des douleurs, on sent au niveau de l'ombilic un fibrome de la taille d'un poing, qui disparaît dans l'intervalle des douleurs. Le fond utérin présente des irrégularités dures. Sur le segment inf., petit fibrome pédiculé. L'accouchement se fait normalement. Durée de 5 heures. Délivrance normale. Après la délivrance, l'utérus reste gros, on envisage même la possibilité d'une gemellité. L'enfant présente une tête allongée comme modelée par des fibromes. Suites normales. L'utérus reste gros et dur, mais on n'arrive pas à délimiter les fibromes. Il s'agissait probablement de fibromes interstitiels qui ont comprimé la tête fœtale.

N° 9. (Gr. 2e mois. Fibrome de la corne gauche. Douleurs. Troubles urinaires. Accouchement normal à terme).

Mme F.., 25 ans. Règles régulières et abondantes depuis l'âge de 15 ans. Un accouchement à terme, normal, en 1918. D. R. le 30.3.1922. Vomissements. Admission le

17.5. Depuis 2 semaines, douleurs dans le bas-ventre. Selles fréquentes. Miction irrégulières. Ex. Int. Grossesse de 2-3 mois. Utérus asymétrique grâce à la présence au niveau de la corne gauche d'un fibrome de la taille d'une mandarine. Expectative. Les douleurs s'amendent, la tumeur se précise et semble s'extérioriser. Le 24. 5. quitte le service. La grossesse continue sans troubles appréciables. Accouchement normal à terme, le 30. 12. 1022. Délivrance et suites normales.

N° 10. (Fibromes utérins. Hystérectomie subtotale. Découverte d'une grossesse de 10 à 12 jours).

Mme M..., 34 ans. 3-pare; P. R. à 16 ans, régulières abondantes, douloureuses. Un accouchement en 1921; une fausse-couche en 1927. Admission le 15. XI. 1933 pour métrorragies et fortes douleurs dans le bas-ventre. Fièvre à 39°. Aurait saigné à deux reprises pendant les 15 derniers jours. Aucun renseignement précis sur les dernières règles. Ex. Int.: Col lisse et petit, faisant corps avec une masse fibromateuse englobant l'utérus. Le diagnostic posé est de fibromatose utérine avec métrorragies. Le 21.11, intervention. On enlève par hysterectomie l'utérus fibromateux, de la taille d'une grossesse du 4e mois. A l'ouverture de la pièce on trouve un gros fibrome interstitiel. Ce n'est qu'à la coupe histologique qu'on découvre une grossesse de 10 à 12 jours.

N° 11. (Petit fibrome de la paroi ant. Avortement au 3e mois).

Mme H..., 38 ans. 5-pare. Réglée normalement. 4 grossesses à terme dont une gemellaire. D. R. du 25-31.1.21. Dès le début, douleurs vagues dans le bas-ventre. Pertes sanguines au mois de février, mars et avril. Admission le 15.4.21

pour hémorragie. Ex. Int.: Col perméable pour un doigt, pertes sanguines. Utérus de grossesse de 3 mois. Petite tumeur (noix verte) sur la paroi antérieure, dans le sillon cervico-isthmique. Repos. Hémorragie cesse. Sortie le 23.4. Réadmission le 26.4., pour hémorragie abondante. Col perméable pour un doigt. Expulsion du fœtus, Curage suivi de curettage. Suites simples.

N° 12. (Gros fibrome sessile de la corne. Hémorragie. Avortement complet au 5e mois).

Mme K..., 46 ans. 3-pare. P. R. 15 ans, irrégulières. Deux accouchements en 1898 et 1908 normaux. D. R. du 16-23.5.23. Légères pertes sanguines à partir du 3e mois, qui la font entrer dans le service le 1. 10. 1923. Ex. Int.: utérus correspond à une grossesse de 5 mois. Un fibrome de la grandeur d'une tête fœtale, sessile, siège au niveau de la corne droite. Col, 1 cm. perméable à la pulpe. Expectative. Légères douleurs. Le 11. 10, expulsion spontanée du fœtus et du placenta. Hémorragie abondante. Suites afébriles, mais prolongées. Ex. de sortie, le 23.10: bonne involution. Gros fibrome de la taille d'une tête d'adulte, inséré par un large pédicule sur le 1/3 supérieur de la paroi antérieure de l'utérus. Ainsi l'utérus et le fibrome affectent une forme en sablier. On conseille à la femme de revenir plus tard pour l'opération.

N° 13. (Fibrome sous-sereux du fond. Avortement du 2e mois. Curage).

Mme H... 1-pare. P. R. 18 ans, irrégulières, longues et douloureuses. A. d. r. le 7.12.25. D. R. le 7.1.25. Pertes sanguines au mois de janvier Admission le 17.2, pour forte hé-

morragie et douleurs. On constate la présence d'une grossesse de 2 mois et d'un fibrome sous-séreux du fond. Expulsion du fœtus. Hémorragie. Curage digital. Suites normales. Le fibrome de la taille d'une mandarine reste inchangé et dur.

N° 14. (Fibrome interstitiel. Grossesse de 2 mois môlaire. Hémorragie. Curage).

Mme H..., 32 ans. 10-pare. Antécédents s. p., règles toujours normales. 6 accouchements normaux à terme, les 5 derniers prématurés. Suites des couches toujours normales. D. R. 19 au 23 mai 1923. Depuis perd toujours un peu de sang, parfois des caillots. Le 9.7, hémorragie assez importante. Le tamponnement fait à domicile ne l'arrête pas. Admission le 13.7. Ex. int.: utérus correspond à une grossesse de 5 mois. Col perméable au doigt. Curage. On constate qu'il s'agit d'une môle hydatiforme. On découvre aussi un fibrome interstitiel de la taille d'une mandarine sur la paroi droite. Suites fébriles et prolongées. Le 2.8, la femme quitte le service. L'utérus reste gros.

N° 15. (Fibrome sous-muqueux. Avortement 3 mois. Curage).

Mme F..., 33 ans. 1-pare. Antécédents s. p. D. R. mi-juin 1930. En août, minime perte sanguine. Depuis le 3.9, violentes douleurs dans le bas-ventre. Admission le 5.9: température 37°5, pouls 92. Etat général bon. Ex. Int. col 2 cm., ramolli, perméable pour 2 doigts. Le fœtus expulsé correspond à une grossesse de 3 mois, l'utérus pourtant atteint le niveau de l'ombilic. Curage, Cavité utérine très alongée par la présence sur la paroi antérieure d'un fibrome sous-muqueux de la grandeur d'une orange. Avec peine, on arrive à

décoller le placenta inséré dans une corne. Suites s. p. Sortie le 13.9. L'utérus est de grandeur d'une petite tête fœtale. La paroi antérieure surtout est épaissie. Malgré les conseils, la femme ne revient pas.

N° 16. (Gr. de 4 mois. Polype fibreux accouché au col. Ablation. Epreuve à l'hypophysine. La grossesse continue. Accouchement normal).

Mme R..., 37 ans. 3-pare. Antécédents s. p. Deux accouchements normaux. D. R. 20.6.1929. Admission le 4.11, pour polype et suspicion de grossesse. L'utérus correspond à l'amenorrhée. On découvre un polype fibreux sortant du col et descendant à la vulve. Ce polype fait douter de la grossesse et fait penser à la possibilité d'un fibrome sous-muqueux. L'épreuve à l'hypophysine est positive. Il s'agit d'une grossesse ? Le 6.11, on enlève le polype. Grossesse et accouchement normaux.

N° 17. (Fibromes multiples. Douleurs au 5° mois. Nécrose ou congestion ? Myomectomie. Grossesse et accouchement normaux).

Mme M..., 37 ans. 1-pare. Antécédents s. p. D. R. octobre 1930. Admise le 9.3.1931 pour fortes douleurs que la malade a ressenties après un travail physique exagéré. Abdomen souple et indolore. Sur le côté gauche de l'utérus qui remonte à 1 travers de doigts au-dessus de l'ombilic, on palpe une tumeur cessile et douloureuse. Le col est fermé. Les douleurs persistent très fortes. On intervient le 11.3. On trouve un utérus au 6° mois de la grossesse. La paroi droite est libre. A gauche, plusieurs fibromes dont 3 gros. On les enlève. Hémorragie assez abondante, car on est dans le voi-

sinage des veines très dilatées. On laisse en place plusieurs petits fibromes, et un situé bas, dont l'énucléation ne semble pas possible. Suites s. p. A la sortie on sent bien le fibrome laissé en place et qui est indolore. Le 25.7, accouchement normal. Durée de 7 heures 20 min. Délivrance normale. Suites normales. Le fibrome qui siégeait au 5e mois de la grossesse juste au-dessus du cul-de-sac droit, a fait son ascension et s'est trouvé au-dessus de la symphyse au moment de l'accouchement.

N° 18. (Gr. de 5 mois. Nécrobiose du fibrome et péritonisme. Myoméctomie. Accouchement à terme, spasmodique. Forceps. Subinvolution).

Mme D... 30 ans. 4-pare. Antécédents s. p. D. R. 10.3.1932. La grossesse évolue sans incidents jusqu'au 5.7. A la suite d'une indigestion, douleurs dans la fosse iliaque droite. Le 9.7 et 12.7, mêmes douleurs, mais spontanées. Admission le 14.7. Douleurs très violentes. Etat général assez bon. Température 37°.5 (axillaire). Abdomen ballonné, souple. Le fond utérin remonte à un travers de doigts eu-dessus de l'ombilic. Sur sa paroi latérale droite se trouve une tumeur que l'on ne peut pas délimiter à cause de son extrême sensibilité. Col fermé, utérus au 5e mois de la grossesse. Repos au lit, vessie de glace. Calmants. Le 27, le ventre se déballonne un peu, la sensibilité est moindre. L'examen permet de poser le diagnostic sûr d'un fibrome en état de nécrobiose avec retentissement péritonéal. A l'intervention, on trouve un utérus gravide de 5 mois. 2 petits fibromes de la taille d'une cerise sur sa face antérieure. On les enlève. Un gros fibrome de la taille d'une tête fœtale sur la paroi latérale droite. Le péritoine qui le recouvre est dépoli et montre des signes d'inflammation récente. Ablation du fibrome. Hémostase. Péritonisation. A la coupe, le fibrome

présente une image de nécrose manifeste. Suites opératoires normales. Sortie le 8.8. Grossesse continue normalement. Le 11.12, accouchement à terme. Le travail est long et irrégulier. Spasmes du col à dilatation de 5 fr. et petite paume. Température 38°, épuisement. Application du forceps. Enfant vivant. Délivrance normale. Suites afébriles, mais prolongées.

N° 19. (Gr. 4 mois. Fibrome sous-séreux. Rétroflexion utérine. Epreuve à l'Hypophysine. Myomectomie. Avortement. Curage.

Mme R..., 40 ans. 6-pare. Dans les antécédents, traitement anti-syphilitique. P. R. 13 ans, irrégulières. 5 grossesses dont un avortement, (de 1914 à 1927). D. R. 10.9.1934. Depuis 3 mois, sensation de pesanteur dans le bas-ventre; vertiges, nervosité, nausées. Etat général médiocre. L'Ascheim-Zondeck fait au dehors a été douteux. Admission fin décembre 1934. On sent une tumeur à gauche qui remonte à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic. A droite, une autre tumeur plus molle. Ex. int.: col haut rejeté un peu à gauche, semble se continuer avec la tumeur gauche. Dans le Douglas, une tumeur kystiqu.e Il est difficile de discerner au toucher ce qui est utérus de ce qui est tumeur. On n'aperçoit pas de bruits fœtaux. Le 5.1.35, épreuve à l'hypophysine. La tumeur qui est dans le Douglas et à gauche devient ligneuse. La tumeur droite ne change pas. On diagnostique un utérus gravide en rétroflexion et un fibrome. L'Ascheim-Zondeck qui était en train est aussi positif. Le 12.1, intervention. Utérus au 5e mois en rétroflexion est enclavé dans le petit bassin par une tumeur blanchâtre et en partie kystique, qui est un fibrome sous-séreux de la corne gauche. Myomectomie difficile, le fibrome étant très profondément enraciné dans l'utérus. Redresse-

ment de la matrice. Malgré les calmants, la femme expulse le fœtus deux jours après. Curage. Suites normales.

N° 20. (Fibromatose utérine avec deux gros fibromes. Gr. 5 mois. Torsion de l'utérus. Hystérectomie subtotale).

Mme Sch..., 40 ans, 1-pare. Antécédents s. p. D. R. 31. 3. 1922. Mariée depuis 2 ans. Admission le 25. 7. pour douleurs dans le bas-ventre depuis dix jours. Etat général assez bon. On sent une tumeur qui remonte à 3 travers de doigts au-dessus de l'ombilic, dure, surtout précise à droite. Ex. Int. Col fermé. On sent une grosse tumeur qui correspondrait à une gravidité de 7 à 8 mois, dure et bosselée. A part cette tumeur on sent bien un utérus gravide au 5e mois, mou et qui est couvert en partie par ladite tumeur. Expectative. La malade ressent toujours de très violentes douleurs qui l'obligent à s'accroupir pour les atténuer. L'utérus semble de plus en plus s'enclaver. Vu cet état, on intervient le 30.7. On constate qu'il s'agit bien d'une grossesse de 4 mois. Un fibrome de la grandeur d'une tête d'enfant part de la corne gauche et un autre de la grandeur d'une grande pomme, de la paroi latérale gauche. En outre, plusieurs petits fibromes disséminés sur l'utérus. L'utérus a subi une torsion de telle sorte que sa corne gauche regarde presque en arrière. Vu l'infarcissement de l'utérus et l'impossibilité d'énucléer les deux grands fibromes, on fait une hystérectomie subtotale. Suites normales.

N° 21. (Gr. 4 mois. Douleurs. Rétention vésicale. Fibromes. Epreuve hypophysine. Hystérectomie subtotale).

Mme D..., 40 ans. 1-pare. Antécédents s. p. D. R. 22.12.1928. Admission le 22.4.29, pour sensation de pesan-

teur dans le bas-ventre, troubles urinaires et intestinaux. Etat général bon. On sent l'utérus qui remonte à l'ombilic. Le col est haut et pressé contre la symphyse. Les cul-de-sacs et le Douglas sont abaissés par une tumeur de grandeur d'une tête d'enfant qui remplit complètement le petit bassin et qui n'est pas mobilisable. Un peu plus vers la droite on sent une autre tumeur assez molle qui déprime le col et qui paraît être l'utérus gravide. L'épreuve à l'hypophysine: l'utérus devient ligneux. Il présente plusieurs petites tumeurs sur ses parois, mis à part la grosse tumeur du Douglas qui ne change pas de consistance. Les troubles urinaires persistent. Le 30.4, intervention: l'utérus penché à droite, présente plusieurs petits fibromes dont quelques-uns calcifiés. Sur la face postérieure de l'utérus se trouve un fibrome relié à l'utérus par un large pédicule. Il est prolabé dans le Douglas. Son énucléation est impossible. Hystérectomie subtotale. Suites opératoires normales. Sortie le 16.5.

N° 22. (Gr. 5 mois. Fibrome praevia sous-muqueux nécrosé. Placenta praevia. Avort. Césarienne et hystérectomie.

Mme. K..., 37 ans. 1-pare. Antécédents s. p. D. R. 23.5.1934. Gr. mal supportée, le 13.10.1934 rupture spontanée de la poche. Depuis perd des glaires épaisses et fétides. Admission le 24.10. Etat général bon. L'utérus remonte à 3 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Les ligaments ronds sont palpables. Absence de bruits fœtaux. Ex. Int. Pertes des membranes sous forme de lambeaux grisâtres. Le col est fermé, on ne sent pas de parties fœtales. Par contre on sent un épaississement de la paroi utérine, bas situé à gauche. Toute la tumeur pourrait faire croire à une grossesse du 7e mois. Le 25.10, douleurs toutes les 5 minutes. Pertes sanguines assez abondantes. La femme est en travail. La dilatation n'avance guère. Impossible d'intervenir par en

bas, le bassin étant en partie bloqué par la tumeur gauche. On pense à un décollement prématuré du placenta. Intervention. L'utérus présente une forme lisse sans tumeur saillante. Césarienne basse. L'incision porte en plein fibrome qui est en voie de nécrose. Sortie du fœtus et du placenta-praevia inséré sur le fibrome. On termine par une hystérectomie subtotale. Il s'agissait par conséquent d'un placenta-praevia. Suites normales.

N° 23. (Avort. à la suite de la radiothérapie).

Mme G..., 34 ans. 9-pare. Antécédents: règles toujours normales. 8 Gr. (de 1921 à 1929), dont 3 à terme, 2 fausse-couches et 3 prématurés. Depuis le mois de mars 1930, la femme est en traitement chez son médecin pour métrorragies. Le traitement médical échoue. En août 1933 est curettée par son médecin. Les hémorragies recommencent bientôt. Son médecin lui conseille une intervention chirurgicale que la femme refuse, mais accepte le traitement aux Rayons X. Le 17.9.34, elle est adressée au service de radiologie pour recevoir une dose totale anti-Ca. La cure est faite. Mais le 25.10, la femme présente subitement une forte hémorragie et expulse un fœtus de 3 à 4 mois, qui paraît être mort depuis quelques jours. Admission à la clinique le même jour. La corne droite est dure et fibromateuse. On sort le placenta par le curage, et en même temps on constate qu'il s'agit aussi d'un utérus bicorne. La femme quitte le service le 6.11. Les suites ont été prolongées.

On n'est pas arrivé à préciser la date des dernières règles. Malgré les recommandations la femme n'est jamais revenue.

N° 24. (Fibromes sous-séreux. Accouchement normal à terme. Rupture prématurée de la poche).

Mme H. 37 ans. 1-pare. Antécédents s. p. D. R. 4.12.1922. Grossesse bien supportée. Jamais examinée pendant la grossesse. Le 6.9.23, rupture spontanée de la poche. Admission 6 heures après. Ex. Int. Utérus à 2 travers de doigts du rebord costal. Col effacé fermé. Tête fixée. Bonnes douleurs. Accouche en 8 heures 30 min. Délivrance normale. C'est après la délivrance qu'on découvre la présence d'un fibrome de la grosseur d'un œuf d'autruche sur le côté droit et un petit fibrome de la grandeur d'une cerise sur le fond utérin. Suites: fièvre d'un jour. Le 15.9, sortie. La petite tumeur a presque disparu. La grande présente encore des dimensions d'un œuf de poule. Bonne involution.

N° 25. (Utérus fibromateux. Accouch. à terme. Normal. Rupture prématurée de la poche).

Mme G..., 35 ans. 3-pare. Antécédents s. p., 2 grossesses à terme en 1913 et 1917. D. R. 25.5.1925. Grossesse bien supportée. A consulté au mois d'août pour discordance entre l'aménorrhée et la grandeur de la tumeur utérine. On constate alors un col très dur et une matrice fibromateuse. La grossesse est normale. Le 22.2.1926, rupture prématurée de la poche. Admission à la clinique quelques heures après. On ne sent plus de fibrome. Le 23.2, la femme accouche normalement en 7 heures. Délivrance normale. Suites normales. Sortie le 6.3, l'utérus est en bonne involution, on ne sent pas le fibrome.

N° 26. (Fibrome de la corne droite. Accouchement normal à terme).

Mme G..., 34 ans. 1-pare. Antécédents s. p. D. R. 1.4.33. Pendant toute la grossesse qui se passe normalement,

reste sous surveillance pour fibrome. Le 30.5.1934, entre en travail. Accouchement normal. Délivrance normale. Les suites des couches sont apyrétiques, mais prolongées. L'involution utérine se fait très lentement, les pertes sanguines prolongées. Sortie le 12.6. L'utérus remonte encore à 5 travers de doigts au-dessus de la symphyse. A droite on sent un fibrome au niveau de la corne droite, mal délimité. Le 21.6, ex. de contrôle. On sent maintenant bien les fibromes de la grosseur d'un poing.

N° 27. (Deux gros fibromes, bas-situés. Accouch. à terme).

Mme B..., 35 ans. 1-pare. D. R. 15.9.1929. Première admisison le 16.1.1930. Vient consulter pour discordance entre l'âge de la grossesse et de l'utérus. L'abdomen est rempli par une tumeur qui remonte de deux à trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic. (aménorrhée de 4 mois). A droite, on sent une autre tumeur dure qui semble trop superficielle pour être une tête fœtale. Au pôle inférieur gauche une autre tumeur très dure. Les ligaments ronds ne sont pas palpables. Pas de bruits fœtaux. Ex. Int.: col court, haut, dévié à droite Dans le cul-de-sac ant. on sent une tumeur du volume d'une petite pomme qui semble émerger de la grande tumeur médiane qui est l'utérus. A gauche de l'utérus et plongeant dans le Douglas se trouve une autre tumeur. Pour s'assurer de l'âge de la grossesse, on fait une radiographie: pas de parties fœtales visibles. Par contre, on voit un fibrome calcifié siégeant à droite. La femme quitte le service le 25.1. Aucun trouble. La grossesse évolue normalement. Le 15.6, vient pour accouchement. Cette fois-ci on sent une tumeur qui siège vers le pôle supérieur droit, c.-à-d. qui a fait son ascension.

Le fibrome gauche est bas, mais quand même siège au-dessus du détroit supérieur. La poche se rompt au début du travail. Accouchement normal à terme. Délivrance et suites

normales. A la sortie l'utérus est gros. Les fibromes ont diminué de volume.

N° 28. (Fibrome de l'utérus passé inaperçu. Bassin limite. Epreuve de travail. Accouchement normal à terme).

Mme M..., 42 ans. 4-pare. Antécédents s. p. Trois grossesses dont une fausse-couche. D. R. le 20.2.1925. Admission le 18.11.25 pour accouchement. L'utérus est à deux travers de doigts au-dessus le rebord costal, de forme normale. Col perméable pour deux doigts. Bassin limite. Tête mobile, poche intacte. La femme accouche normalement en 5 heures. Délivrance normale. Suites normales. Ce n'est qu'à la sortie qu'on s'aperçoit que l'utérus porte un fibrome de la grosseur d'un œuf de poule sur sa paroi latérale droite, passé inaperçu pendant l'accouchement.

N° 29. (Fibrome sous-séreux abdomino-pelvien. Légers troubles au 5e mois. Accouchement à terme, non dilatation du col. Incisions du col).

Mme Cl..., 36 ans. 3-pare. Dans les antécédents, deux fausses-couches avec suites fébriles, D. R. 20.9.1930. Admission le 21.2.1931. Grossesse au 5e mois, légères pertes sanguines. Gêne dans le bas-ventre. Présente une tumeur remontant à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic, contractile. Bruits fœtaux bons. Dans la fosse iliaque gauche, entre l'utérus et l'os iliaque, on sent une tumeur de la grosseur d'une orange. Col fermé. Repos, Le 7.3, la femme rentre chez elle. Les derniers mois sont troublés par une sensation de gêne et des douleurs dans le flanc gauche. Revient pour accoucher le 18.6, à terme. Les douleurs sont irrégulières. La dilatation progresse difficilement et s'arrête à la dilatation d'une petite paume. Incision du col. L'accouchement dure 11 heures. Délivrance normale. A la sortie, l'utérus, en bonne involution, présente deux gros fibromes sur la paroi antérieure.

N° 30. (Multiples fibromes. Accouchement long. Forceps).

Mme Sch..., 33 ans. 2-pare. Un avortement spontané de 3 mois en 1927: curettage suivi d'un épisode spontané D. R. début décembre 1932. La grossesse est mal supportée; vomissements fréquents, céphalées, œdèmes, douleurs, troubles urinaires. Au régime sans sel depuis le 5e mois de la grossesse. Admission le 17.9.1933. Douleurs lombaires depuis une semaine. Etat général assez bon. Femme très obèse. Œdèmes des membres inférieurs. T. A. 16/9. Traces d'albumine dans les urines. Légère dyspnée. L'abdomen est très volumineux.

Malgré son adiposité on sent par le palper externe plusieurs noyaux fibromateux dont certains de la grosseur d'un œuf de poule. Deux plus gros siègent l'un à gauche de l'ombilic, et l'autre sur la paroi latérale droite. Le fond de l'utérus remonte sous le rebord costal. Ex. Int.: Col presque effacé, poche intacte. Tête amorcée. On calme les fausses douleurs par la spasmalgine. Le 18.9 à 21 heures, le vrai travail commence. La dilatation passe assez rapidement à petite paume, le col est complètement effacé. Les douleurs changent souvent, sont parfois extrêmement violentes, le plus souvent restent très faibles. Vu l'état général de la femme on essaie par tous les moyens médicamenteux d'amener la dilatation complète. La dilatation progresse et devient complète. L'engagement de la tête ne se fait que plus tard. La femme étant exténuée et la tête fœtale à la vulve, on applique le forceps. Enfant 3.800 grammes. En tout le travail a duré 21 heures, dont 16 heures pour la dilatation et 5 heures pour la descente de la tête. Délivrance normale. Vu que l'accouchement était long et à titre de précaution on fait une révision de contrôle. L'utérus est indemne. On découvre encore un gros fibrome endomural de la taille d'un poing siégeant sur le fond utérin. Suites apyrétiques, mais prolongées. Le 30.9.1934, l'utérus est dur. Correspond à un

utérus gravide de 3 à 4 mois. Les fibromes sont plus petits. Cette fois on sent un gros fibrome du fond. Le 3.10, la femme quitte le service.

N° 31. (Fibrome utérin. Accouchement à terme. Incisions du col; forceps).

Mme H..., 38 ans. 1-pare. D. R. 30 août 1931. Vu à la clinique au mois de janvier 1932, pour douleurs dans le bas-ventre. Il s'agit d'une grossesse du 4e mois et d'un fibrome dont les diamètres sont de 10 et 5 cm., adhérent à la paroi droite. Après quelques jours de repos, les douleurs cessent. Vu au mois d'avril 1932; grossesse au 8e mois; le fibrome s'est déplacé vers le fond utérin. Admission le 1.6, pour accouchement. A ce moment on constate la présence de 3 saillies nouvelles au-dessus du pubis. Accouch. long. La dilatation n'avance pas. Incisions du col à dilatation de petite paume. On hâte l'accouchement par une extraction au forceps. Délivrance normale. Suites normales. A la sortie, l'utérus présente 3 noyaux fibromateux à droite et la gauche de la ligne médiane.

N° 32. (Fibromes utérins. Accouch. à terme. Incision du col. Forceps. Légère atonie de la délivrance).

Mme K..., 33 ans. 1-pare. Antécédents s. p. D. R. 17.8.29. Admission le 5.6, pour accouch. Présente de faibles douleurs. Le fond utérin à un travers de doigt au-dessous du rebord costal. Un fibrome de la grosseur d'un poing situé au niveau de l'ombilic. Au niveau de la corne droite, une autre tumeur de la grosseur d'une mandarine. Plusieurs petits fibromes parsemés sur la paroi antérieure. Col perméable pour un doigt, tête mobile, poche intacte. La dilatation

passe à petite paume en 6 heures et 30 minutes. La tête est engagée. Le col présente des spasmes. Arrêt de la dilatation pendant 3 heures. Incisions du col. Douleurs d'expulsion faibles. Forceps. Atonie utérine assez abondante. Traitement médical. Suites normales. A la sortie: utérus gros, mais on ne sent pas les tumeurs.

N° 33. (Fibromes multiples. Rupture précoce de la poche. Bassin rétrécit. Travail de 43 heures. Césarienne basse. Mort fœtale. Début phlébite de la jambe droite. Abcès de la paroi. Guérison).

Mme W... 37 ans. 1-pare. Antécédents s. p. D. R. 1.11.23. La grossesse évolue normalement. Le 19.8,1924 admise en vue d'accouchement. Etat général assez bon. L'utérus atteint le rebord costal. Toute sa face antérieure est parsemée de fibrome de taille variable. Col bourrelet fermé. Tête mobile. Poche intacte. Pas de douleurs. Expectative. Le 29.8, rupture spontanée de la poche. Le 30.8, à 1 heure, début du travail. Col effacé, perméable à la pulpe. Tête mobile. Poche rompue, bassin limite. Les douleurs, bonnes au début, deviennent bientôt faibles et irrégulières. La dilatation avance péniblement et s'arrête à deux doigts. La tête reste mobile. L'indication de l'intervention est posée. La durée de travail est de 43 heures. Césarienne basse, extraction de l'enfant, qui malgré le long travail ne présente ni bosse séro-sanguine, ni chevauchement. Plusieurs petits fibromes sur la face antérieure de l'utérus on en extirpe le plus volumineux siégeant sur le segment inférieur. Fermeture de la paroi. L'enfant meurt quelques heures après. Les suites simples au point de vue génital, se compliquent d'un petit abcès de la paroi et d'une menace de phlébite de la jambe gauche. Le 11.10, la femme quitte le service guérie.

L'utérus en bonne involution de la taille d'un poing. On ne sent pas de fibrome.

N° 34. (Fibrome de la paroi gauche. Accouch. prématuré, au 9e mois. Rupture prématurée de la poche. Hystérectomie subtotale. Présentation du siège).

Mme H..., 32 ans. 1-pare. Antécédents s. p.; D. R. 20.9.1929. Grossesse bien supportée. Le 3.6.1930, rupture spontanée de la poche sans douleurs. Admission à la clinique deux heures après. Etat général bon. Le fond utérin est au rebord costal. L'utérus présente à gauche au niveau du segment inférieur un fibrome multilobé. On sent la tête fœtale dans le fond utérin. Ex. int. Le cul-de-sac vaginal gauche est abaissé par la tumeur. Le col est long, perméable pour un doigt et rejeté à droite. Poche rompue. Pas de douleurs. Bientôt le travail commence, mais les contractions sont faibles. Après une attente de 8 heures, le status obstétrical est inchangé. Vu la non dilatation du col en présence d'une tumeur praevia on intervient. On trouve sur le côté gauche de la matrice une masse fibromateuse bosselée, sessile, d'une largeur de plus d'un travers de main. et qui se prolonge en arrière et sur la partie corporéale de l'utérus. On espère pouvoir faire une énucléation. On commence par la césarienne basse. Mais le muscle utérin est tellement dur que son écartement n'est pas suffisant pour extraire l'enfant. On prolonge l'incision sur la partie corporéale. Extraction de l'enfant et du placenta. L'énucléation est impossible vu la grande surface qu'occupe le fibrome. Hystérectomie subtotale. Suites opératoires normales.

N° 35. (Deux Gros fibromes dont un intraligamentaire. Douleurs pendant la grossesse. Expectative. Césarienne avant le début du travail suivie d'hystérectomie. Fibrome ramolli). Observation dûe à l'obligeance du Professeur Reeb.

Mme X..., 42 ans. Mariée depuis 8 ans. 1-pare. Règles toujours normales. En 1927, son médecin constate la présence de deux fibromes, conseille l'opération que la malade refuse. D.R . janvier 1929. Fin mars, la femme consulte de nouveau son médecin qui ne peut pas se prononcer quant à la grossesse et propose de nouveau une intervention en jugeant qu'une grossesse n'arrivera pas à terme dans cet utérus fibromateux. Refus de la malade. Au 6e mois de la grossesse, la malade consulte le Prof. Reeb. L'abdomen est rempli par une grande tumeur. A gauche le pôle supérieur est formé par une tumeur très dure, très peu mobile, grande comme deux poings et excessivement douloureuse. A droite la tumeur est plus molle, on y sent le ballottement fœtal. Dans l'hypogastre gauche une autre tumeur très dure. Au toucher on parvient avec beaucoup de peine à trouver le col, tout le petit bassin étant rempli par une tumeur très dure, non mobilisable, et qui s'étend vers la gauche (fibrome intra-ligamentaire). Conseil d'expectative que la femme accepte. Radiographie pour convaincre la malade de la présence d'une grossesse. Présentation du siège. Repos. Les troubles rétrocèdent. 18 jours avant terme, la femme se fait admettre à la clinique. Abdomen énorme, le fibrome intra-ligamentaire remplit tout le bassin. Intervention 8 jours avant terme. Césarienne en premier temps suivi d'hystérectomie. Enfant vivant de 3.250 gr. Suites opératoire bonnes. Les fibromes présentent à la coupe l'aspect typique de ramollissement.

N° 36. (Gros fibrome sous-séreux du segm. inf. Présentation transverse avec procidence du cordon et des deux bras. Enfant mort. Version. Rupture du segm. inf. Hystérectomie).

Mme Sch..., 41 ans. 5-pare. Antécédents s. p. 4 accouchements normaux. D. R. 22.2.1928. Grossesse bien sup-

portée. Douleurs lombaires les derniers jours. Admission à la clinique le 12.11.1928. Etat général bon. A l'examen, on constate une procidence du cordon d'une longueur de 50 cm. et des deux bras fœtaux. La dilatation est complète. Pas de bruits fœtaux. Par le palper externe, on sent une tumeur dure à droite, que l'on estime être la tête fœtale. Anesthésie générale. Version. Extraction. La tête est assez difficile à dégager. L'enfant est mort. La femme saigne légèrement. Le placenta vient en entier. La femme continue à saigner peu à peu. L'utérus paraît bien contracté au-dessus du pubis. Parfois on a l'impression de sentir encore une tumeur derrière l'utérus. Brusquement la femme commence à faiblir, Pâleur, pouls mauvais. Au spéculum, le col se présente déchiré, mais on n'arrive pas à sentir par le palper abdominal la sonde introduite dans l'utérus. Intervention. On constate qu'il s'agit d'un grand fibrome de la taille d'une tête d'enfant sous-séreux et qui donnait au début l'impression d'être la tête fœtale, et après la délivrance, l'impression d'un utérus bien contracté. L'utérus en réalité est refoulé en arrière et présente une déchirure sous-péritonéale à gauche. Hystérectomie subtotale. Drainage. Suites bonnes avec quelques élévation thermique de cause indéterminée. La femme quitte le service le 4.12, guérie.

N° 37. (Gr. 8 mois. Gros fibrome praevia. Placenta praevia inséré sur le fibrome. Hémorragie. Non progression du travail. Césarienne corporéale. Hystérectomie. Exitus par toxémie. Présentation transverse).

Mme C..., 38 ans. 3-Pare. Antécédents s. p. Un accouchement prématuré au 8e mois, en 1921 et une fausse-couche de 6 mois. D. R. 28.2.1928. Mouvements fœtaux perçus au 5e mois. La grossesse est bien supportée au début. Depuis le début du mois d'août, légères pertes sanguines. Le 27.9, hé-

morragie importante. Le 29.9, à 7 heures, premières douleurs. Admission à 12 heures, pertes sanguines minimes. Le fond utérin est à deux travers de doigts au-dessous du rebord costal. Présentation transverse. Le col est perméable pour 1 doigt et refoulé vers la gauche et en haut par une tumeur ferme, de la taille d'une petite tête de fœtus et est déposée sur le détroit supérieur. Par le palper combiné, on sent que la tumeur dépasse la symphyse de 2 travers de doigts. On pose le diagnostic du fibrome praevia et du placenta probablement bas-inséré. Les contractions utérines sont bonnes. Expectative, car la femme ne saigne pas et on espère pouvoir intervenir par les voies naturelles. A 15 heures: status obstétrical inchangé.

Vu la non progression du travail et la possibilité toujours menaçante d'une nouvelle hémorragie, on intervient. On est obligé d'extérioriser l'utérus car ses parties basses sont masquées par le fibrome. Pour la même raison on fait une section corporéale. Extraction d'un fœtus de 1.700 gr. Décollement du placenta inséré sur le fibrome, inséré à son tour dans la partie segmentaire de la paroi antérieure. Il est interstitiel et enclavé dans le petit bassin. Fermeture provisoire de l'utérus. Hystérectomie subtotale. Le 30.9 température 37°,4; pouls 108; abdomen souple, gaz spontanés. La femme urine spontanément. Le 1.10, température 38°,4; pouls: 120; abdomen souple. Légère toux et dyspnée. Le 2.10, température 38°,5; pouls: 112. Respiration normale. Abdomen général ne permet pas d'accuser une lésion d'un organe quelconque. Le 4.10 pouls à 150, température à 39°. Délire. Agitation. Facies péritonéal. La malade fait l'impression de succomber à une septicémie foudroyante. Le 5.10: Exitus.

Autopsie: Etat local habituel après laparotomie et hystérectomie subtotale. Pas de péritonite .Cachexie extrême avec pigmentation brune des organes. Hépatite parenchymateuse. Goître parenchymateux diffus.

N° 38. (Avort. spontané de 3 mois. Fibrome sous-muqueux du fond. Expulsion du fœtus. Suspicion d'une gémellité. Ballon. Curage. Dans les suites: hystérotomie vaginale antérieure. Extirpation du fibrome).

Mme Th.... 3- ans, 3-pare. Antécédents: s. p. Deux grossesses normales à terme en 1915 et 1918. D. R. 22.11 1931. La grossesse est mal supportée. Au mois de janvier, pertes sanguines assez abondantes. Douleurs dans le bas-ventre. Le 17.3.1932, admission pour très fortes douleurs. L'utérus remonte à l'ombilic et présente des contractions. Col perméable pour un doigt. Le 18.2, expulsion du fœtus et du placenta. L'utérus cependant reste très haut, dépasse même l'ombilic. On soupçonne une gémellité, car on ignore la présence d'un fibrome sous-muqueux. La dilatation étant d'un doigt, on pose le ballon. Trois heures après, le ballon est expulsé. La dilatation a passé à deux doigts. Curage qui permet de constater seulement la présence dans le fond utérin d'un fibrome. Dans les suites des couches, la femme présente 39°, des pertes sanguines et un écoulement purulent. Le 4.4 après quelques jours de calme on fait un toucher utérin et on sent un fibrome qui est au niveau du col en voie d'effacement. Le fibrome est sphacélé. Préparation pour l'intervention. Le 7.4, hystérotomie vaginale antérieure. Extirpation d'un fibrome de grosseur d'une grosse orange, et qui est en voie de sphacèle. Les suites opératoires normales. La femme quitte le service le 23.4, guérie.

N° 39. (Avort. de 2 mois. Volumineux fibrome. Curettage. Hystérectomie subtotale dans les suites éloignées).

Mme M..., 40 ans. Dans les antécédents: douleurs dans le bas-ventre depuis 3ans. Un accouchement au forceps en 1918, un avortement de deux mois en 1920. Les suites ont

été normales. D. R. 24.10.1930. Le 31.12 forte hémorragie. Admission le 1.1.31. L'utérus remonte à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Il est de forme irrégulière. Les ligaments ronds ne sont pas palpables. Ex. int.: vagin rempli de caillots. Col long, dur. Un autre gros fibrome au fond de l'utérus et un troisième occupe le Douglas. Quelques heures après expulsion d'un fœtus de deux mois. Rétention partielle du placenta. Vu le danger du curettage, on tâche d'aggrandir la dilatation par un tamponnement. Malgré cela la dilatation reste à un doigt. La femme saigne toujours. Curetage: hystérométrie 15 à 16 cm. Cavité irrégulière. Un gros fibrome dans le Douglas implanté sur le segment inférieur. Les suites sont prolongées, afébriles. Pertes sanguines abondantes. Le 9.1, l'utérus est toujours gros, le col est perméable. Les fibromes ont gardé leur volume respectif. Le 19.1, la femme quitte le service. Le 1.3.1931, réadmission pour hémorragies fréquentes et abondantes. L'utérus est gros. Correspond à une gravidité de 5 à 6 mois. Fibromateux. Le 9.3, intervention: hystérectomie subtotale. L'utérus est de volume d'un gros poing, farci de fibromes dont deux plus grands siègent sur la paroi droite et sur la paroi postérieure. Guérison.

N° 40. (Fibrome sous-muqueux. Première grossesse: avort. de 4 mois. Deux curettages. Fièvre. Fibrome sphacélé. Ablation par voie vaginale. Deuxième grossesse: Acc. normal à terme. Guérison).

Mme Pf..., 33 ans. 2-pare. Première grossesse: hémorragie et douleurs au 4e mois de la grossesse. Avortement. Son médecin fait un curettage et ramène des restes ovulaires. Dans les suites: fièvre, frissons. Le médecin essaye un nouveau curettage, mais trouve une tumeur adhérente à la paroi de la matrice qu'il ne réussit pas à extirper.

Admission à ce moment, le 21.10.1920. Etat général mauvais. Température 38°; pouls: 112. Ecoulemen purulent,

abondant. Le col est perméable pour 2 doigts. Hors de l'orifice pend une tumeur assez dure remontant haut dans l'utérus. Annexes libres. Le jour suivant on fait un curage sous anesthésie générale et on ramène un gros fibrome de couleur vert-grisâtre qui était fixé au fond de l'utérus par un pédicule. L'ablation fut facile. En même temps on constate la présence dans le fond utérin d'un fibrome de la grandeur d'une noix que l'on laisse en place. Le fibrome extirpé est sphacélé. Les suites ont été simples et la malade a quitté le service le 28.10. En 1924, deuxième grossesse. D. R. fin juillet 1923. Grossesse normale. Amission le 30.4.1924 pour accouchement qui se passe tout à fait normalement en 8 heures 30 minutes. Délivrance normale. On ne sent pas de fibrome. Suites des couches: subfébriles. Le 10.5, la malade quitte le service guérie.

N° 41. (Fibrome sous-muqueux, Première grossesse: Avort. suivi de curage et de curettage. Infection du fibrome. Extirpation vaginale par hystérotomie. Deuxième grossesse: accouchement à terme).

Mme Th..., 25 ans. Antécédents s. p. Première grossesse le 12.11.1933; avortement spontané à domicile. Décollement manuel du placenta. Malgré cela les hémorragies continuent. Le 27.12.33 curettage. Bon état général jusqu'au 4.1.34 où les hémorragies réapparaissent. Admissian le 15.1.1934. Envoyée par son médecin pour pertes purulentes et suspicion des restes d'avortement. Température 38°. Après plusieurs jours de traitement médical on pratique une hystérotomie vaginale antérieure et on extirpe un fibrome sous-muqueux siégeant sur la paroi postérieure de l'utérus. Il s'agit d'un fibrome sphacélé présentant sur sa face utérine plusieurs abcès. Les suites opératoires sont bonnes. Sortie le 1.3.1934. Deuxième grossesse: admission le 25.5.1934; il

s'agit à ce moment d'une grossesse normale de deux mois avec rétroflexion. Redressement de la matrice. La grossesse continue normalement. Accouchement normal à terme au mois de janvier 1935. Délivrance et suites de couches normales.

N° 42. (Deux fibromes sous-séreux. Accouchement normal à terme. Suites fébriles. Nécrose des fibromes? Guérison).

Mme G..., 20 ans. II-pare, antécédents s. p. Un accouchement normal en 1926. D. R. 26.6.1927. Mouvements fœtaux au 5e mois. Grossesse bien supportée; jamais examinée. Admission le 4.4.1928 pour accouchement. Utérus extérieurement normal. L'accouchement se fait normalement après 5 heures de travail. Délivrance normale. Jusqu'au 8.4, suites s. p. Le 8.4, la température monte légèrement; le 9.4, frissons. Réaction péritonéale au niveau de la fosse iliaque droite. Douleurs. Pas de vomissements, ni arrêt des gaz ni matière. Glace. Le 10.4, idem.; le 11.4, apyrexie. Le 12 et le 13, température à 38°, mais l'abdomen est souple. L'intestin fonctionne normalement. Le 14.4, à l'examen, col fermé perméable pour un doigt, utérus gros et mou. A droite, on sent pour la première fois une tumeur dure et douloureuse, accolée à l'utérus. Les suites se font normalement; il s'agissait probablement de nécrose d'un fibrome intertstitiel. Réexaminée le 23.4; c'est à ce moment qu'on sent bien le fibrome siégeant à droite, un autre de la taille d'une mandarine à gauche. L'utérus est en bonne involution. Le 24.4, sortie. Malgré les recommandations, la femme ne s'est plus présentée dans le service.

CHAPITRE I

DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE COMPLIQUÉE DU FIBROME

Le diagnostic de grossesse en général, et surtout de grossesse compliquée de tumeur, a subi une évolution décisive grâce à la découverte de la réaction d'Ascheim-Zondeck et grâce à la radiographie.

Le diagnostic d'une grossesse avancée, où tous les signes sont réunis, est plus ou moins facile.

Le diagnostic d'un fibrome compliquant une grossesses peut se poser en présence d'un fibrome dur accollé à l'utérus et ne le masquant pas. Il est cependant parfois très difficile de juger s'il s'agit d'une grossesse simple ou bien d'un fibrome, de même il est impossible de juger de la présence d'une grossesse au début dans un utérus fibromateux.

Les signes de la grossesse, au début, peuvent être parfaitement simulés par un fibrome, surtout s'il est ramolli ; il peut s'accompagner, en effet, d'aménorrhée, de sécrétion colostrale, de la lividité des organes génitaux externes, de nausées et parfois de vomissements.

De même une grossesse normale ou compliquée de fibrome, peut fausser le diagnostic par des pertes sanguines irrégulières, qui en simulant les métrorragies feront penser plutôt à un fibrome simple.

On peut grouper sous trois chefs les cas où le diagnostic est difficile :

1) Cas de fibrome mou, surtout sous-muqueux, saignant et simulant un avortement ;
2) Grossesse avec pertes sanguines, simulant un fibrome simple ;
3) Fibrome avec aménorrhée et sécrétion colostrale simulant une grossesse simple.

Avant la découverte de la réaction d'Ascheim-Zondeck qui est une réaction de certitude, le diagnostic de grossesse compliquée de fibrome ne pouvait se baser que sur des signes cliniques et ne pouvait être affirmé que vers le 5e mois, grâce à la constatation des mouvements fœtaux et la perception des bruits du cœur fœtal.

Les signes accessoires prenaient alors de la valeur entre les mains des accoucheurs. Ainsi, l'accroissement rapide d'un fibrome chez une femme apte à avoir des enfants, la migration des fibromes et surtout le changement de leur topographie utérine en présence d'une aménorrhée, parlaient en faveur de la grossesse.

Mais point de certitude au début.

La faculté de l'utérus de répondre à l'excitation externe (toucher, massage) par dse contractions, considérée autrefois comme l'apanage des utérus gravides, a été démentie par le fait qu'on observe souvent ces contractions dans des cas de fibromes sous-muqueux qui jouent, vis-à-vis de l'utérus, le rôle d'un corps étranger. Ces contractions utérines ont même été constatées pendant un simple curettage dans des utérus non gravides (Beuttner, Brindeau, Gevle, Violet, Isono Tadao, Rouville). Par contre, un utérus gravide peut rester absolument flasque et mou malgré les excitations et simuler une tumeur kystique et induire en erreur l'accoucheur qui parfois ne posait le diagnostic que pendant l'intervention (les 2 cas de Schickelé).

Des difficultés de diagnostic se produisaient même souvent pendant l'intervention. Malgré des symptômes cliniques indiscutables de fibrome, on pouvait trouver à l'ouverture de l'abdomen un utérus globuleux, livide, mou, simulant en tout une gravidité, alors qu'en réalité il s'agissait d'un fibrome sous-muqueux sans grossesse.

Ainsi jusqu'en 1922, où Rouville a décrit son signe, qui consite en cas de doute après une laparotomie, à rechercher le corps jaune gravidique (ovariotomie exploratrice), les accoucheurs devaient parfois se résoudre à refermer la paroi et attendre l'évolution, quitte à réintervenir plus tard pour enlever la matrice fibromateuse (cas de Hartmann et autres).

Un autre auteur, Isono Tadao, est arrivé à trancher le diagnostic après laparotomie, en ponctionnant l'utérus ; ayant rencontré partout la même épaisseur du muscle et n'ayant pas retiré du liquide amniotique, l'hystérectomie fut faite. Il s'agissait d'un fibrome sous-muqueux.

Dans un cas du même genre et dans les mêmes conditions, Henrotay a pratiqué une hystérectomie en se basant sur la présence d'un follicule de de Graaf en voie d'évolution. Il s'agissait cette fois encore d'un fibrome sous-muqueux.

De même tout récemment **Sauvé** a pratiqué une hystérotomie abdominale exploratrice. Ayant aperçu la coloration bleutée de l'œuf, l'utérus fut refermé.

Nous croyons que des interventions de ce genre ne doivent plus se pratiquer de nos jours, car les méthodes cliniques et biologiques de diagnostic de grossesse peuvent épargner cette épreuve à la malade.

L'avènement de la réaction biologique d'Ascheim-Zondeck a mis les accoucheurs modernes à l'abri de pénibles difficultés. En quelques jours la question de grossesse est tranchée. Il est même à recommander de faire systématiquement cette réaction chez toute femme en

âge d'avoir des enfants et porteuse de fibrome qui peuvent cacher une grossesse jeune. Nous rapportons un cas de ce genre (obs. 10), où une grossesse de 10-12 jours fut découverte après hystérectomie et examen histologique de la pièce.

Cette épreuve d'Ascheim-Zondeck permet d'affirmer ou de nier la présence d'une grossesse en évolution. Un fois le diagnostic de grossesse acquis, d'autres problèmes se posent dans le cas de grossesse compliquée de tumeur : il faut préciser le siège de la grossesse et le siège de la tumeur .

S'agit-il d'un fibrome de la corne utérine ou de grossesse extra-utérine, d'un kyste de l'ovaire ou d'une tumeur annexielle coexistant avec une grossesse intra-utérine? S'agit-il d'une matrice gravide flasque ou d'une tumeur kystique masquant un utérus normal? S'agit-il d'une grossesse intra-utérine ou bien tout simplement d'un fibrome ramolli ou sous-muqueux? En présence d'une fibromatose utérine étendue, où est l'utérus gravide? S'agit-il enfin d'une rétention d'œuf mort?

L'épreuve à l'hypophysine décrite pour la première fois par Lörrinz en 1928, reprise par Küstner en 1929 et par notre Maître le Professeur Reeb en 1930, permet de trancher ces difficultés. C'est une méthode purement clinique, qui permet rapidement d'arriver au diagnostic de grossesse, de préciser le siège de la tumeur par rapport à l'utérus gravide et de délimiter ce qui revient à l'utérus gravide et ce qui est tumeur.

Une remarque importante : cette épreuve n'est nette qu'après la huitième semaine de la grossesse et est aussi positive dans des cas de rétention d'œuf mort.

Lörrinz s'est adressé à l'hypophysine, puissant ocytocique qui, à petites doses en injections intraveineuses, provoque la contraction de l'utérus et rien que de l'utérus. Nous citerons pour la description de l'épreuve notre Maître le Professeur Reeb :

« Après injection intraveineuse d'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse en petite quantité, (Choay 2-3 unités internationales) — nous n'avons jamais dépassé 0,5 cm^3 — on remarque, pendant le toucher bi-manuel après 20-40 secondes, qu'une onde de contraction passe sur l'utérus gravide, qui de flasque, mou et kystique, devient d'abord très consistant, puis dur, d'une dureté ligneuse ; cette consistance ligneuse a une durée de 2 à 3 minutes, puis petit à petit l'utérus reprend sa consistance primitive. Comme les ligaments ronds participent à cette contraction, l'utérus se rapproche légèrement de la paroi abdominale antérieure, la disjonction du col et du corps, qui souvent semblait exister, disparaît, tout l'organe formant bloc ; les fluxions, les saillies cessent d'exister ; l'utérus contracté peut être facilement délimité et il est possible de le différencier très nettement d'autres tumeurs qui se trouvent dans son voisinage. Pendant toute la durée de la contraction, la femme n'accuse aucune douleur, elle ressent cette contraction provoquée tout aussi peu que les contractions physiologiques pendant la grossesse. »

Dans les cas de fibrome sous-muqueux simulant une grossesse, l'effet de l'injection est nul, ou bien la contraction très légère. Elle n'atteint jamais la dureté ligneuse d'une matrice gravide, fait qui s'explique dans ces cas par l'absence de l'hypertrophie gravidique du muscle utérin.

L'épreuve à l'hypophysine ne présente ni inconvénients, ni dangers. Des légers malaises : état subsyncopal, pâleur de la face avec légère angoisse, bouffées de chaleur, vertiges, envies de vomir qu'accusent souvent les femmes, sont tout à fait passagers et ne durent que 10 à 15 minutes.

Plusieurs auteurs ont critiqué cette méthode comme étant dangereuse pour la grossesse et s'en abstiennent de

peur d'un avortement. Depuis qu'on emploie cette méthode à la Clinique, aucun accident n'a été observé, ni du côté maternel, ni du côté de la grossesse.

Nous avons eu recours à l'épreuve à l'hypophysine dans 4 cas, dans le cas n° 5 au 3e mois de la grossesse où le diagnotic était hésitant entre une grossesse extra-utérine et un fibrome de la corne gauche ;dans le cas n° 16, où en présence d'un gros polype fibreux accouché dans le vagin et un utérus gros, on pouvait se demander si l'hypertrophie de la matrice n'était pas dûe à un fibrome sous-muqueux ; dans le cas n° 19, pour diagnostiquer la position de la matrice gravide qui était en rétroflexion causée par un gros fibrome de la corne gauche ; dans le cas n° 21, pour délimiter le siège respectif de la matrice et du fibrome praevia mou, diagnostic qui fut confirmé plus tard par la réaction d'Ascheim-Zondeck.

L'épreuve d'Ascheim-Zondeck fut pratiquée une fois pour diagnostiquer une grossesse jeune de la 5e-6e semaine dans un utérus fibromateux (cas n° 33).

A partir de la 18e-20e semaine, le diagnostic de grossesse peut se poser avec certitude grâce à la radiographie qui peut aussi être utile pour dépister des fibromes calcifiés comme dans notre cas 35.

CHAPITRE II

EVOLUTION DE LA GROSSESSE COMPLIQUÉE DE FIBROME

Le diagnostic de grossesse dans un utérus fibromateux posé et le siège du fibrome précisé, quelle doit être l'attitude de l'accoucheur?

Nous avons observé 42 cas de grossesse et fibrome; nous devons toutefois en retrancher 5, qui n'ont été vus qu'au début de la grossesse pour des troubles légers et qui n'ont pas accouché à la Clinique. Sur les 37 cas restants, nous avons observé 19 grossesses qui ont évolué à terme, 3 accouchements prématurés dont 2 du 8e et 1 au 9e mois, et 15 grossesses interrompues; parmi ces dernières, nous relevons une grossesse de 10 à 12 jours, découverte après intervention, 1 grossesse interrompue après application des R. X pour fibrome et 1 cas de grossesse môlaire. En outre, plusieurs petits fibromes ont passé inaperçus et n'ont pas été enregistrés.

Nous sommes portée à croire pourtant, d'accord avec d'autres auteurs, que 80-85 % *des grossesses compliquées de fibromes évoluent jusqu'à terme*.

Le siège, le nombre et le volume du fibrome prédisposent à des complications pendant la grossesse, néanmoins, *c'est le siège du fibrome qui joue le rôle* prépondérant. L'importance du siège du fibrome varie suivant

les différentes étapes de la gestation .Nous les étudierons dans des chapitres respectifs. Pendant la grossesse, ce sont la qualité et la quantité de la muqueuse et du muscle utérin indemnes de fibrome, qui ont une importance capitale pour le développement de l'œuf.

Pour qu'une grossesse puisse évoluer normalement, il lui faut une étendue de muqueuse apte à la formation du placenta et au maintient de sa vitalité à l'endroit de sa nidation, et une quantité suffisante du muscle utérin non entravé dans son hypertrophie et agrandissement pour loger l'œuf.

Dans nos cas, voici les fibromes qui n'ont pas fait d'obstacle au développement de la grossesse : il s'agissait 9 fois de fibromes sous-séreux de la paroi latérale ou de la corne utérine, 6 fois de fibromes multiples sous-séreux, 1 fois d'un polype fibreux accouché au col, 3 fois de fibromes de la paroi latérale et bas insérés (f. abdomino-pelviens), 1 fois de fibromes multiples coexistant avec un énorme fibrome praevia.

Voici par contre les fibromes qui ont provoqué des complications graves, nécessitant une intervention ou bien provoquant une interruption de la grossesse : fibrome de la paroi antérieure 1 cas ; gros fibrome du fond, 2 cas ; gros fibrome intertitiel 1 cas ; fibrome sous-muqueux, 4 cas ; fibromes multiples dont certains gros et inflitrants (fibromatose utérine), 3 cas ; 2 gros fibromes de la paroi latérale gauche ayant provoqué une torsion de l'utérus, 1 cas ; gros fibrome du Douglas ayant provoqué des troubles urinaires graves, 2 cas ; fibrome praevia interstitiel avec placenta praevia, 2 cas ; et des fibromes pédiculés.

Il s'en dégage que ce sont au premier chef les *fibromes interstitiels ou sous-muqueux qui troublent la grossesse*, ainsi que les fibromes dont le siège prédispose particulièrement à des compressions des organes voisins.

Ces conclusions sont tout à fait en accord avec celles de notre Maître, le Professeur Reeb.

L'influence de la grossesse sur le fibrome se traduit par trois phénomènes :

a) *L'hypertrophie* qui est surtout marquée dans des fibromes riches en muscle lisse et qui est analogue à l'hypertrophie générale de l'utérus. Ce sont les fibromes interstitiels qui s'hypertrophient le plus ;

b) *Le ramollissement* du fibrome, indépendamment de l'hypertrophie et qui est dû à une imbibition œdémateuse à la suite de la gêne de la circulation, et

c) *La migration des fibromes* qui suivent l'hypertrophie de la portion utérine voisine, ce qui, dans les cas de fibromes bas-insérés, représente un phénomène salutaire.

A un degré plus avancé, ces phénomènes peuvent devenir pathologiques et créer des véritables complications ; nous en parlerons plus loin.

L'influence du fibrome sur la grossesse peut être nulle. Pourtant, dans la grande majorité des cas, la grossesse est accompagnée de plusieurs troubles légers (surtout dans sa première moitié). Ce sont des douleurs vagues dans le bas-ventre, des crampes, des irradiations douloureuses dans les membres inférieurs, des légers troubles urinaires, de la constipation, des légères pertes sanguines. Il s'y surajoute parfois des signes de péritonisme, souvent assez prononcés.

La cause de ces troubles échappe en général. On peut les attribuer à l'hypertrophie et au ramollissement du fibrome, à de la congestion du petit bassin qui les accompagne, à la tension de la coque du fibrome et à l'irritation aseptique du péritoine avoisinant, surtout dans les cas de fibromes sous-séreux et pédiculés.

Ces phénomènes ,qui ne présentent aucune gravité, se rencontrent surtout pendant la première moitié de la grossesse et accompagnent ce qu'on pourrait appeler *l'adaptation réciproque du fibrome et de la grossesse*..

Les complications graves susceptibles d'interompre la grossesse ou d'obliger à une intervention chirurgicale, sont sous la dépendance des facteurs suivants :

1°. — *Des altérations de la muqueuse* utérine du fait de la présence du fibrome et qui aboutissent à l'avortement ;

2°. — *Des altérations anatomiques du fibrome* lui-même ;

3°. — *Le retentissement du fibrome sur les organes voisins*, ce qui peut menacer la santé et la vie de la mère.

I) *Les altérations de la muqueuse utérine*, qui se traduisent cliniquement par des hémorragies et des avortements sont de deux ordres :

a) *Atrophie de la muqueuse* recouvrant un fibrome sous-muqueux et qui interrompt la grossesse par défaut de nutrition. Les villosités sont parfois nécrosées et atrophiées, parfois pénètrent jusque dans le muscle. Ce fait explique principalement les avortements jeunes du premier et deuxième mois ;

b) *Hypertrophie de la muqueuse par une œdème* dû à la stase vasculaire et s'observant surtout dans des fibromes interstitiels (Schickelé). Elle explique les avortements se produisant après la formation du placenta. L'avortement se fait à la suite d'un décollement du placenta grâce à une stase de plus en plus prononcée.

Ces hémorragies graves sont nettement plus fréquentes dans les grossesses compliquées de fibromes.

La proportion des avortements par rapport aux grossesses non compliquées est de 10 % ; en cas de fibrome, cette proportion monte à 21 % pour Pinard, à 25 % pour Reeb, à 13,3 % pour Troell et à 19 % pour Schauta.

Sur nos 37 cas observés, nous avons relevé 9 avortements spontanés (11, 12, 13, 14, 15, 39, 40, 41, 42).

Une autre grande cause d'hémorragies pendant la deuxième moitié de la grossesse est le placenta praevia. Le mécanisme de sa formation est obscur ; le fait est qu'il est beaucoup plus fréquent en présence des fibromes. Nous en avons observé 2 cas : 1 au 5e mois de la grossesse et l'autre au 8e mois (22 et 37).

La fréquence des placenta praevia dans les cas de grossesses compliquées de fibrome est de 4 % pour Lefour et de 2 % pour Nauss. 1 fois sur 8, le placenta praevia serait central. Dans les grossesses non compliquées de fibrome, la fréquence du placenta praevia est de 1 sur 200 en moyenne.

II. — *Les complications dûes à des altérations anatomiques du fibrome :* l'hypertrophie trop rapide et exagérée, le ramollissement (cas 35), trop prononcé, l'œdème du fibrome et sa dégénérescence kystique peuvent simuler cliniquement une évolution maligne (marche galopante des fibromes de Pozzi) ; les signes accentués du péritonisme, des douleurs que rien n'arrive à calmer, présentent des véritables complications nécessitant une intervention. La nécrose aseptique du fibrome représente la complication la plus fréquente. Son diagnostic s'est précisé ces dernières années grâce à des connaissances anatomo-pathologiques plus approfondies et à de multiples observations. Au point de vue anatomo-pathologique, la nécrose du fibrome passe par plusieurs stades :

le moins prononcé, où le fibrome présente une couleur mate, légèrement grisâtre ou chamois, puis le stade caractérisé par la coloration rouge (les fibromes rouges des auteurs anglais), enfin la dégénérescence kystique. On estime la fréquence de cet accident de 10 % à 15 % (Bland, Salacz). Nous en avons réuni 2 cas (18 et 22).

Le tableau clinique est assez précis. Une triade de signes le caractérise : la douleur exquise localisée à la tumeur, une fièvre oscillant autour de 38° et atteignant parfois 39°, et l'altération de l'état général dûe probablement à la résorption de produits toxiques au niveau du fibrome. Des signes de péritonisme l'accompagnent fréquemment. Ces symptômes permettent de poser le diagnostic en l'absence d'autres causes pouvant simuler cet état.

La nécrose se rencontre surtout dans les cas de fibromes interstitiels où les troubles de la vascularisation sont les plus prononcés.

Une autre cause de nécrose est la torsion du pédicule du fibrome. Son diagnostic peut-être aisé dans les cas de pédicule court que l'on sent implanté sur l'utérus. Dans d'autres cas, il est difficile de faire la discrimination avec les tumeurs de l'ovaire, fait qui, pour la malade, a peu d'importance, car l'intervention s'impose de toute façon.

Parfois la cause des accidents : douleurs, péritonite, reste tout à fait obscure et ce n'est que l'intervention qui permet de conclure. Il s'agit en général des faits suivants : tension et déhiscence de la coque du fibrome (Luker et Gordon, Brühl) ; hémorragies intra-capsulaires et même péritonéales dûes à la rupture d'une veine parcourant la surface du fibrome (Brakemann, Amato Lucio di Bernardo, Saenger, Nessmann et Tassovatz). Nous ne ferons que mentionner la suppuration des fibromes, qui est extrêmement rare pendant la grossesse ; de même, la dégénérescence maligne.

III. — *Les complications graves d'ordre mécanique sont dûes à la compression, par le fibrome,* des organes voisins. Cette compression peut s'exercer même à distance.

La plus grave et la plus fréquente est la compression de la vessie provoquée soit par un fibrome enclavé dans le petit bassin, soit par un fibrome antérieur ayant provoqué la rétroflexion et l'incarcération de l'utérus gravide. La rétention vésicale, qui présente un grave danger d'infection urinaire, est d'après la thèse de Labonne (Bordeaux) de 3 %. Nous en avons observé 2 cas (21 et 19). L'intervention s'impose d'ordinaire.

La compression de l'intestin, quoique moins fréquente, peut aller de l'obstruction simple, avec constipation opiniâtre, jusqu'à l'occlusion aiguë (5 cas de Sennewald et autres), provoquée soit par une coudure brusque de l'intestin sur le pédicule d'un fibrome, soit par des adhérences péritonéales.

D'autres compressions sont moins fréquentes : des compressions des uretères avec des lésions progressives de pyélite, albuminurie, anurie et éclampsie ; des vaisseaux pelviens d'où œdème des membres inférieurs ; des nerfs (crural, plexus sacré et surtout sciatique) par un fibrome intraligamentaire.

Les compressions à distance provoquées par de très grands fibromes, ou de fibromes qui ont rapidement augmenté de volume, s'observent surtout dans les deux ou trois derniers mois de la grossesse. Ce sont : des troubles de la respiration avec dyspnée et cyanose dûes à la compression des organes thoraciques par l'intermédiaire du diaphragme.

Parmi nos 37 cas, nous avons observé 2 compressions graves de la vessie et plusieurs retentissements urinaires légers.

CONDUITE A TENIR PENDANT LA GROSSESSE ET TRAITEMENT

La conduite à tenir est dictée par l'évolution de la grossesse et le degré des complications qui donneront les indications d'intervention.

Nous pouvons distinguer deux éventualités :

a) Grossesse évoluant normalement ou ne présentant que des troubles légers, dûs à la présence du fibrome ;

b) Grossesse avec complications graves.

Dans la première catégorie des cas, et c'est de loin la majorité, la surveillance des malades et de la grossesse peut suffire. Grâce à elle, on pourra dépister à temps des légères déviations utérines, latéroversion et rétroflexion, que l'on tâchera de corriger par de simples manœuvres gynécologiques. Quelques artifices sont utiles : ce sont l'examen en narcose, la vessie et le rectum préalablement vidés, et la position de Trendelenbourg.

La même tactique est de rigueur dans des cas de fibromes praevia ne faisant pas de complications.

En aucun cas, une intervention obstétricale ou chirurgicale n'est à envisager. L'obstacle ne se faisant sentir qu'au moment de l'accouchement, c'est à ce moment qu'il faudra décider l'intervention. Il y a 30 ans, on intervenait souvent radicalement dès la constatation de ce genre de fibrome. De nos jours, la grossesse n'étant pas gênée, le traitement définitif, qui est souvent chirurgical, n'est appliqué qu'à la fin de la grossesse (obs. N° 35).

Dans les cas qui présentent des troubles légers : douleurs, constipation, légers troubles vésicaux, légères pertes sanguines, le repos au lit, la vessie de glace, et autres adjuvants, pourront suffire.

Là, où les troubles sont plus prononcés et notamment quand il existe des signes de péritonisme sans cause évidente, la même tactique est à suivre. Nous citerons un cas de Laurentie qui a observé chez la même

femme et à deux reprises, au cours de la même grossesse, au 3e et au 8e mois, des signes de péritonite grave sans cause évidente. Malgré la gravité, on n'est pas intervenu au 3e mois, le traitement médical ayant fait rétrocéder les troubles. Intervention au 8e mois : il s'agissait d'un fibrome énucléé de sa coque. L'auteur suppose que les signes de péritonite au 3e mois étaient dus à la tension ou bien à la déhiscence légère de la coque du fibrome.

Les complications graves peuvent se résumer en hémorragies suivies de fausses-couches, où le traitement habituel pourra se faire par voie vaginale, sauf des rares cas où une intervention abdominale sera nécessaire, et en complications autres où une laparotomie sera indispensable.

Hémorragies et fausses-couches : le traitement doit comporter aussi peu que possible de manipulations utérines, les dangers d'infection dans un utérus fibromateux étant très grands.

Dans les cas où l'œuf est expulsé en entier, il faut s'abstenir de toute intervention (obs. 11 et 12).

Le plus souvent il y a rétention des débris ovulaires. L'indication d'intervention est formelle. Il est toujours préférable d'avoir recours à un curage digital s'il est possible (obs. 13, 14, 15). Le curettage devient inévitable en présence d'un col insuffisamment ouvert, en présence d'un fibrome obstruant la filière génitale ou bien simplement par le fait que les doigts n'atteignent pas le fond de l'utérus allongé, du fait de la présence du fibrome.

Si toute tenative d'évacuation de l'utérus échoue, ou bien devant l'impossibilité d'arrêter l'hémorragie, même l'utérus vide, on sera forcé d'avoir recours à l'hystérectomie qui pourra se faire parfois par voie vaginale.

L'hystérectomie d'emblée est de rigueur dans les cas infectés, où toute manœuvre obstétricale est à proscrire. Nous n'en avons pas observé, mais ayant suivi ces indications au cours des grossesses non compliquées de fibrome, nous croyons que cette manière d'agir s'impose à plus forte raison en présence d'un utérus fibromateux.

Nous voulons attirer l'attention sur deux cas : les n° 38 et 39. Dans le cas n° 38, application du ballon en vue d'un curage (voir observ. en détails) suites fébriles, sphacèle du fibrome sous-muqueux énuclée dans les suites des couches. Dans le cas n° 39, tamponnement du col, suites apyrétiques, mais prolongées. Guérison. Hystérectomie quelques semaines plus tard.

On peut se demander s'il est logique d'ajouter encore une manœuvre obstétricale en vue de la dilatation du col alors que le succès est loin d'être certain.

Il découle de ce qui précède, qu'une interruption de grossesse compliquée de fibrome, nécessitée par une affection incompatible avec l'état de grossesse, *doit se faire par hystérectomie*. De même, une interruption de grossesse pour fibrome coexistant est à rejeter, car les dangers commencent avec la dilatation du col. Il est logique de se borner à une expectative et si des complications interviennent, la conduite à tenir sera dictée par elles. Les statistiques à ce sujet sont très suggestives : la mortalité après évacuation artificielle de l'utérus fibromateux étant de 40 % pour Kelly et de 41,2 % pour Troell.

Intervention abdominale au cours de la grossesse

Elle est formellement indiquée dans les cas de torsion du pédicule du fibrome.

Dans d'autres cas, l'expectative s'impose quand le diagnostic de fibrome est certain et explique les symptômes. Si l'état de la malade reste alarmant, l'indication de l'intervention doit être posée.

La myomectomie est le traitement idéal au cours de la grossesse. L'hystérectomie, à l'honneur autrefois, n'est plus à pratiquer sauf dans les cas que nous étudierons plus loin. Au Congrès de Bruxelles, en 1929, la question de la myomectomie au cours de la grossesse a été amplement discutée. Il en ressort que la myomectomie doit être le traitement habituel, l'hystérectomie un traitement d'exception ; que le danger d'hémorragie pendant l'opération peut être évité par une technique appropriée, que les myomectomisées mènent le plus souvent leur grossesse à terme et que les ruptures utérines après myomectomie sont très rares.

Voici les statistiques : le Congrès de 1924, donne 76 % de grossesses qui arrivent à terme ; le Congrès de 1929, en donne 90 %. La statistique personnelle de Brindeau en 1929 : sur 27 myomectomies pendant la grossesse, 2 morts dont 1 de congestion pulmonaire grippale ; 21 continuations de grossesse sur 25 myomectomies.

Malgré l'indifférence curieuse de la grossesse à l'égard de bien des traumatismes, (on trouve des cas dans la littérature où la grossesse a continué malgré l'ouverture de la cavité utérine et même amniotique pendant la myomectomie), le pourcentage des avortements après cette opération varie d'après les auteurs entre 10 à 24 %, ce qui s'explique aisément ou bien par une ablation trop grande du muscle utérin, ou bien par un traumatisme opératoire accentué.

Nous rapportons 3 cas de myomectomie. 2 fois la grossesse est allée à terme ; les interventions ont été dictées par la nécrose du fibrome, diagnostiquée dans le cas 18 ; et pour douleurs violentes dans le cas 17. Dans le cas 19, où l'on est intervenu pour des troubles urinaires par suite de rétroflexion utérine, la myomectomie a été suivie d'avortement. Une précaution est à prendre dans les

suites opératoires des myomectomies : c'est la mise au repos de l'utérus par des opiacés et quet-être par des grandes doses d'extrait de corps jaune.

Nous n'avons pas observé de cas de mort. D'après les statistiques, la mortalité maternelle à la suite de myomcetomie pendant la grossesse est de 4,3 % ; le même pourcentage s'observe aussi dans les hystérectomies pendant la grossesse.

L'hystérectomie sera de préférence subtotale car elle entraîne une mortalité et un traumatisme opératoire moindres ; elle est parfois une opération de nécessité et parfois une intervention de choix.

Comme opération de nécessité, elle devra être pratiquée toutes les fois que la myomectomie est infaisable, ce qui se produit dans les circonstances suivantes : impossibilité d'extérioriser un gros fibrome enclavé, en cas de fibrome en nappe où la perte du muscle utérin serait trop étendue ; ou bien encore une trop grande difficulté opératoire, par exemple : une hémorragie profuse dûe au siège trop profond du fibrome, ou bien relevant d'une lésion des vaisseaux voisins.

Nous avons pratiqué 3 hystérectomies pendant la grossesse :

Dans le cas 21 pour rétention vésicale grave, produite par un fibrome enclavé.

Dans le cas 20, intervention pour douleurs, torsion de l'utérus et fibromatose étendue.

Dans le cas 22, pour placenta praevia inséré sur le fibrome praevia nécrosé. Dans ce cas, le diagnostic primitif fut celui de décollement prématuré (voir observation), ce qui explique qu'on a d'abord fait une césarienne.

Si le diagnostic posé avait été exact, l'intervention de choix eût été une hystérectomie d'emblée sans ouverture préalable de l'utérus.

L'hystérectomie comme traitement de choix et d'emblée s'impose dans des cas infectés et de fœtus non viable.

Une catégorie spéciale de fibromes, qui imposent un traitement d'urgence, est constituée par des fibromes sous-muqueux accouchés dans le vagin. Ils doivent être enlevés aussitôt diagnostiqués car leur nécrose et leur infection sont fatales. Leur ablation est très facile, il suffit de poser une pince sur leur pédicule, une ligature et les enlever. Les précautions d'asepsie doivent être minutieuses pour éviter l'infection par l'opération. Nous avons agi de cette manière dans le cas 16 sans aucun préjudice ni pour la mère, ni pour la grossesse.

La radiothérapie (nous en parlons car nous avons observé un cas d'avortement par suite d'application des rayons X pour fibromatose), est à rejeter (voir obs. 23). Ce traitement est à proscrire pendant la grossesse à cause de son influence néfaste sur l'œuf.

CHAPITRE III

ACCOUCHEMENT ET FIBROME

Il est classique de diviser les fibromes à la période d'occouchement en deux catégories : 1) Les fibromes abdominaux, qui laissent la filière génitale libre ; 2) Les fibromes praevia ou bas-insérés qui font obstacle à l'engagement de la présentation. Nous avons observé sur les 22 cas de grossesses allant à terme : 12 accouchements spontanés, 6 interventions vaginales et 5 interventions abdominales, dont 1 hystérectomie pour rupture utérine, après version (n° 36).

Les complications dûes à des fibromes sont de divers ordres : Les présentations vicieuses sont fréquentes dans l'utérus fibromateux. Elles sont provoquées soit par un fibrome bas-inséré, soit par une déviation de l'utérus causée par un fibrome abdominal.

Un fait qu'il faut noter encore : dans les présentations céphaliques, la tête reste très longtemps mobile et son engagement ne se fait souvent que pendant l'accouchement. La non-obstruction du bassin par la présentation et la rupture prématurée des membranes qui s'observe souvent dans ces cas, expliquent la fréquence d'une autre complication qui est la procidence du cordon ou des membres fœtaux. Sur nos 22 cas, nous avons observé 2 présentations du siège et 2 transverses

dont une accompagnée d'une procidence du cordon et des deux bras (n° 36).

Olshausen note dans sa statistique 54 % de présentations du sommet, 24 % de sièges et 19 % de l'épaule.

Si l'accouchement peut se passer d'une façon absolument normale et la présence du fibrome n'être constatée que plus tard, dans la plupart des cas cependant, les anomalies du travail utérin constituent une véritable complication. La durée de l'accouchement est plus longue que normalement (Tarnier signale déjà ce fait en comparant le fibrome à un écran qui interrompt la contraction utérine), la poche des eaux se rompt prématurément et comporte avec elle le danger de l'infection amniotique; indice de la perturbation des contractions utérines, les fausses douleurs sont fréquentes et pénibles, précédant parfois de plusieurs jours le travail. Celui-ci est irrégulier, les contractions utérines mal rythmées sont entrecoupées de périodes de vraie contracture et de périodes d'inertie quasi complète; la dilatation progresse très lentement, peut même s'arrêter, le col présente des spasmes et de l'œdème; la tête longtemps mobile s'engage lentement.

Ces accouchements longs s'accompagnent du danger d'infection et de mort fœtale.

Le traitement de l'accouchement compliqué du fait de la présence du fibrome a passé par deux stades : 1°) Une ère purement obstétricale où les accoucheurs ne pouvaient le plus souvent avoir recours qu'à des manœuvres obstétricales; 2°) Une ère que l'on peut nommer chirurgicale, qui est l'œuvre des accoucheurs-chirurgiens; c'est l'ère moderne.

Autrefois, vis-à-vis d'un accouchement compliqué de fibrome, après avoir eu recours à des manœuvres de refoulement de la tumeur, ce qui ne réussisait que rare-

ment, après un travail long, entraînant en général la mort du fœtus, on était obligé d'avoir recours à la perforation, à l'embryotomie, à la version, après dilatation instrumentale du col. Les résultats étaient déplorables. Infection, rupture utérine fréquentes. Les statistiques sont éloquentes : Mortalité infantile entre 55 % à 88 % ; mortalité maternelle de 34 % à 67 % (Troell).

Aujourd'hui au contraire, on a introduit des interventions chirurgicales dans l'obstétrique. La précision des indications opératoires obstétricales et chirurgicales, la vulgarisation des consultations prénatales et l'admission des malades dans un service hospitalier avant le début de l'accouchement, ont heureusement modifié l'ancien état des choses.

Traitement : Un accouchement normal dans un utérus fibromateux ne demande aucun traitement spécial. Les dystocies dûes à l'anomalie du travail utérin en présence d'un fibrome abdominal, doivent être traitées énergiquement. Nous ne voulons pas insister sur leur traitement, il a été décrit plusieurs fois par nos Maîtres (principes de l'accouchement médical). Un accouchement demande une observation stricte au point de vue utérus, mère et enfant.

Le plus souvent une intervention vaginale permet de hâter l'accouchement.

Le facteur, *durée de l'accouchement,* joue un rôle important. Nous estimons qu'aussi longtemps que la dilatation progresse, l'état général restant bon et en l'absence des signes de souffrance fœtale, on peut attendre. Par contre, l'intervention doit être décidée si la dilatation ne progresse plus depuis 2 à 3 heures.

Dans tous nos cas (n°s 18, 29, 30, 31, 32, p. ex.), la durée de l'accouchement ne dépassait pas 13 heures, sauf dans le cas n° 30 où elle atteint 21 heures, dont 16 heures pour la dilatation et 5 heures pour l'engagement

de la tête. L'expectative s'est justifiée dans ce cas par la progression nette quoique lente de la dilatation et par l'attente de l'engagement de la tête favorable à une application de forceps dans les meilleures conditions.

En présence d'un fibrome abdominal, seuls autorisent une intervention par voie vaginale : l'effacement du col, une dilatation complète ou assez avancée pour pouvoir pratiquer des incisions, la tête engagée au Détroit supérieur, la poche rompue. (Conditions indispensables).

Les indications sont les suivantes : Au point de vue utérin : l'arrêt de la dilatation ; du côté maternel : épuisement, fièvre ; du côté fœtal : les signes de souffrance.

Les interventions obstétricales. — Nous croyons que pour amener une dilatation complète, le meilleur moyen est de procéder à des incisions du col — intervention franche et nette. — La dilatation étant complète, on pratiquera ou non, selon l'état de la mère et de l'enfant, une application de forceps. Dans les cas d'enfant mort, la perforation est indiquée.

Sur nos 6 interventions par voie vaginale, nous avons eu recours : 1 fois à des incisions du col (n° 29) ; 2 fois à des incisions du col suivies de forceps (n°s 31, 32) ; 2 fois à une application de forceps (n°s 18 et 30) ; 1 fois à une version chez une femme amenée tardivement du dehors et où le fibrome siégeant bas a passé inaperçu (n° 36). Cette intervention a causé une rupture utrine et a nécessité une hystérectomie.

Mortalité maternelle nulle. Une mort fœtale dans le cas de la version.

Les interventions abdominales sont principalement indiquées dans les cas de fibromes praevia.

On peut essayer des manœuvres de refoulement du fibrome sous narcose et en position de Trendelenbourg. Cela réussit parfois dans les cas de fibromes pédiculés,

siégeant dans le Douglas et libres de toute adhérence. Dans certains fibromes interstitiels siégeant bas et en partie au-dessus du détroit supérieur, on peut attendre l'ascension éventuelle du fibrome dans les premières phases du travail. Il n'est guère utile d'attendre plus de 2 à 4 heures. Si l'ascension ne se fait pas, l'intervention par voie abdominale s'impose.

Les interventions abdominales : Comme pendant la grossesse elles doivent viser à être minimes et conservatrices. Ce sont suivant l'ordre de gravité : la césarienne simple, la césarienne suivie de myomectomie, la césarienne suivie d'hystérectomie et l'hystérectomie d'emblée. Nous procédons toujours d'abord à la césarienne dans l'intérêt de l'enfant. Certains auteurs préconisent une hystérectomie en vase clos et sortent l'enfant après ablation de l'utérus. A part les difficultés opératoires dûes au gros volume de l'utérus gravide et fibromateux, on court encore le risque de mort fœtale après pincement des pédicules utérins pour peu que l'opération se prolonge.

~~Seul l'intervention de choix. Son pronostic pourtant au~~

L'hystérectomie en vase clos doit être limitée à des cas d'enfant mort et d'infection manifeste.

Sur nos 5 interventions abdominales nous avons : 1 césarienne basse suivie de myomectomie (n° 33), 3 césariennes basses suivies d'hystérectomie subtotale (n° 34, 35, 37) et une hystérectomie après rupture utérine (n° 36).

La césarienne suivie de myomectomie est évidemment l'intervention de choix. Son pronostic pourtant au cours de l'accouchement est moins bon que pendant la grossesse, car une infection ultérieure est toujours à craindre. Ceci explique pourquoi elle est moins fréquemment employée. Notre cas 33, opéré correctement peut donner lieu à critique : 1°) La durée de l'accouchement de 43

heures est exagérée, car on aurait pu se rendre compte beaucoup plus tôt de l'impossibilité absolue de l'accouchement par les voies naturelles ; 2°) le rétrécissement du bassin imposait déjà par lui-même une épreuve du travail beaucoup plus courte, à plus forte raison en association avec un utérus fibromateux ; 3° le traumatisme fœtal était fatal (il s'agit le plus souvent d'hémorragie méningée), l'enfant est mort quelques heures plus tard ; 4° les dangers d'infection étaient à craindre, la poche étant rompue depuis longtemps. La mère a guéri, l'enfant est mort.

La césarienne suivie d'hystérectomie est dictée par l'impossibilité d'enucléer la tumeur ;par la mutiplicité des fibromes (n° 35), par un placenta praevia (n° 38), dont nous rapprochons le cas 22 signalé dans le chapitre « grossesse et fibrome » ; par une infection avec enfant vivant. Il en est de même chez les femmes âgées et près de la ménopause, afin de leur éviter une deuxième intervention.

Une hystérectomie en vase clos est indiquée dans les cas infectés avec enfant mort, sauf s'il y a impossibilité opératoire.

Nous croyons que ce mode de traitement aurait dû être appliqué dans le cas n° 36, mais le fibrome bas-situé et sous-séreux, avait passé inaperçu.

Mortalité maternelle : (N° 37) pour toxémie gravidique qui a réalisé dans les suites opératoires le tableau d'une péritonite suraiguë.

Mortalité fœtale : 2 cas (N°s 33 et 36).

CHAPITRE IV

DELIVRANCE ET FIBROMES

A l'encontre de ce qu'on pourrait supposer, la délivrance se passe très souvent normalement. Sur nos 18 cas d'accouchement par voie vaginale, nous comptons 17 délivrances normales et une seule hémorragie moyenne dûe à l'atonie utérine (n° 32). Le placenta a été expulsé normalement et aucune intervention ne fut nécessaire.

L'unique complication et parfois très grave de la délivrance est l'hémorragie. Elle est causée soit par l'atonie utérine par le fait de la présence du fibrome ou de la longue durée de l'accouchement, soit par des adhérences étroites et serrées du placenta, siégeant en totalité ou partiellement sur le fibrome et donnant lieu à un placenta accreta.

Le traitement des cas simples est classique. Le traitement médical : ergotine, hypophysine en injections intra-musculaire ou intra-veineuse, méthode qui a fait ses preuves, suffira à juguler l'hémorragie. Dans les cas de rétention du placenta, la révision et le décollement manuel sont inévitables. La prudence de ces manœuvres permettra d'éviter dans la mesure du possible tout traumatisme de la paroi utérine et du fibrome.

L'indication de la révision utérine ne peut être rigoureusement limitée. Dans certains cas où l'accouchement fait craindre des lésions utérines, la révision de contrôle s'impose même après expulsion d'un placenta complet. Nous avons procédé de cette manière dans le cas n° 30.

Le danger de la présence du fibrome au moment de la délivrance réside parfois dans l'impossibilité d'arrêter l'hémorragie même après l'expulsion du placenta, ou bien dans l'impossibilité de vider l'utérus dans les cas de placenta accreta.

Si cette hémorragie est causée par un fibrome sous-muqueux son énucléation peut être tentée séance tenante, sinon l'unique chance de salut de la malade est l'hystérectomie.

La période de la délivrance ne se termine pas avec l'expulsion du placenta. Elle s'étend sur les quelques heures qui la suivent. Les cas d'hémorragies tardives ne sont pas rares dans la littérature. L'hystérectomie est parfois là encore inévitable après échec de tout traitement hémostatique.

La transfusion représente un moyen puissant pour combattre l'anémie et le mauvais état général de ces malades, parfois exsangues.

CHAPITRE V

LES SUITES DES COUCHES ET FIBROME

Ce sont les fibromes siégeant dans ou près de la cavité utérine qui donnent le plus souvent lieu à des complications durant cette période. Elles sont plus fréquentes après les manœuvres intra-utérines. D'ordinaire il y a en plus infection. Dans les suites de couches, les fibromes subissent une régression, fait qui peut être assimilé à l'involution utérine concomitante. Ce sont les fibromes qui ont grandi le plus rapidement, c'est-à-dire les mieux vascularisés et les plus riches en fibres musculaires, qui diminuent aussi le plus rapidement. On peut même parler de leur disparition dans les suites des couches (n° 8-24, p. ex.).

L'évolution des suites des couches peut-être tout à fait normale, cependant dans la grande majorité des cas elle sont prolongées ; l'involution utérine se fait mal et très lentement, les pertes sanguines et lochiales sont plus abondantes ; une légère infection les accompagne d'habitude.

Les hémorragies peuvent se produire dans les suites des couches, parfois même 20 à 25 jours après l'accouchement. Elles peuvent nécessiter une intervention d'urgence.

L'énucléation spontanée ou après formation d'un pédicule dans les cas de fibromes sous-muqueux est souvent observée dans les suites des couches.

Dans les cas de fibromes sous-muqueux à large base d'implantation, cette expulsion du fibrome peut s'accompagner d'une inversion utérine (Engelhardt, Gemmil). Presque toujours ces fibromes sous-muqueux sont infectés et nécrosés ce qui explique leur gravité.

Nous avons eu l'occasion d'en observer 3 cas. Dans tous ces trois cas, les fibromes étaient infectés et nécrosés. (N°s 38, 40 et 41).

Les fibromes sous-séreux et intertitiels siégeant loin de la cavité utérine, ne sont pas exempts de complications. La torsion du pédicule d'un fibrome ou même de l'utérus peut s'observer, quoique beaucoup plus rarement qu'au cours de la grossesse.

Les adhérences contractées par les fibromes pendant la grossesse peuvent constituer un obstacle à l'involution utérine et causer de véritables complications.

La nécrose de ces fibromes peut s'observer aussi dans les suites des couches. Fait qui s'explique par le brassage du fibrome par les contractions utérines liées à l'allaitement. Nous supposons que dans le cas n° 42 il s'agissait d'une nécrose du fibrome. La femme a présenté en effet la triade classique : fièvre, douleurs localisées nettement au niveau du fibrome et altération de l'état général. Le tout accompagné de signes d'irritation péritonéale.

Les suites opératoires semblent être plus graves chez les femmes fibromateuses. Nous avons observé 1 cas (n° 37).

Ceci peut s'expliquer par des troubles d'ordre général que présentent souvent les porteuses de fibrome.

L'âge plus avancé, l'hypertension, l'albuminurie, et une plus grande fréquence de toxémie peuvent expliquer ces décès qui réalisent le tableau d'une périto-

nite foudroyante. Les perturbations humorales causées par l'acte opératoire est parfois fatal chez ces malades. Au moins nous le supposons être vrai dans notre cas n° 37.

Par ailleurs, si les suites des couches sont simples, le traitement est classique.

On doit s'attacher à rechercher la cause dans tous les cas d'hémorragie ou d'infection à point de départ utérin. Le toucher vaginal et intra-utérin permettront parfois de la découvrir.

S'il s'agit des fibromes sous-muqueux, l'extirpation s'impose par hystérotomie vaginale (n^{os} 38, 40, 46). L'hystérectomie est indiquée si l'infection réalise le tableau d'une fièvre puerpérale généralisée.

Dans tous les cas où une complication ne nécessite pas un traitement d'urgence, l'abstention et l'expectative s'imposent. Les phénomènes s'amendent et l'intervention pourra être faite 6 à 8 semaines après, une fois l'involution des organes génitaux terminée. Interviennent alors les principes habituels du traitement des fibromes en dehors de la grossesse. L'opération sera à ce moment plus aisée et moins dangereuse (n° 39).

RESULTATS

Sur les 42 cas de grossesse compliqués de fibrome que nous relatons dans ce travail, 37 ont pu être suivis, soit jusqu'à l'accouchement, soit jusqu'à l'avortement. Sur ces 37 cas, 22 ont évolués jusqu'à terme. Parmi 15 cas restants nous relevons :

9 avortements spontanés, dont une grossesse môlaire (n° 14) ;

1 avortement après application de R. X pour fibrome (n° 23) ;

1 grossesse de 10 à 12 jours découverte après hystérectomie pour fibrome (n° 10) ;

1 avortement après myomectomie (n° 19) ;

3 grossesses interrompues dans l'intérêt de la mère au cours de l'intervention chirurgicale (hytérectomie), (n°s 20, 21, 22).

Nous avons pratiqué en tout 7 interventions pendant la grossesse :

1 ablation d'un polype fibreux accouché dans le col (n° 16) ;

3 myomectomies : pour douleurs (n° 17), pour nécrose du fibrome (n° 18), et pour rétention urinaire (n° 19). 1 myomectomie fut suivie d'avortement (n° 19).

3 hystérectomies dont une pour placenta praevia au 5e mois de la grossesse (n° 22), 1 rétention vésicale grave (n° 21), et 1 pour douleurs causées par la torsion de l'utérus (n° 20).

Les 22 cas (dont deux après myomectomie et un après ablation du polype) *de grossesses* allant à terme ou

a peu près (deux accouchements au 8e mois et un au 9e) ont évolués jusqu'à terme malgré des troubles plus ou moins graves dans la première moitié de la grossesse.

Sur ces 22 cas nous relevons :

12 accouchements spontanés ;

5 interventions obstétricales dont une fois incisions du col, deux incisions du col et forceps (n° 31 et 32), deux forceps (n° 18 et 30).

5 interventions chirurgicales dont une césarienne suivie de myomectomie (n° 33), trois césariennes suivies d'hystérectomie subtotale dont une pour placenta praevia au 8e mois (n° 39), une pour fibrome praevia (n° 34) et une avant tout début de travail (n° 35) et une hystérectomie à la suite d'une rupture utérine après version (n° 36).

La délivrance fut normale dans tous les cas, sauf une hémorragie moyenne par atonie utérine (n° 32).

1 intervention : révision de contrôle (n° 30).

Les suites des couches ont été le plus souvent prolongées, l'involution utérine retardée.

Nous avans pratiqué trois interventions pendant les suites des couches, avant la fin de l'involution utérine et en période d'infection (nos 38, 40 et 41). Il s'agissait de fibromes sous-muqueux nécrosés et infectés.

Nous avons eu recours à l'expectative dans le cas n° 42 où nous supposions qu'il s'agissait d'une nécrose d'un fibrome interstitiel.

Une intervention fut pratiquée après l'involution des organes génitaux (n° 39).

Mortalité maternelle : 1 mort par toxémie gravidique après hystérectomie subtotale pour fibrome et placenta praevia (n° 38).

Mortalité infantile : 2 cas. Un enfant mort déjà à l'admission (n° 36) ; un autre mort après une césarienne faite après un travail trop prolongé (n° 33).

CONCLUSIONS

I. — La stérilité de l'utérus fibromateux n'est que relative. La présence d'un fibrome ne l'explique pas toujours.

II. — Le diagnostic clinique d'une grossesse coexistante avec une fibromatose est souvent difficile.

Il est maintenant grandement facilité et rendu possible grâce à la réaction d'Ascheim-Zondeck, à l'épreuve à l'hypophysine et aux progrès accomplis par la radiographie.

Dans tous les cas douteux, il est absolument indiqué d'avoir recours à ces épreuves.

III. — Dans la grande majorité des cas *la grossesse* évolue normalement.

Une intervention quelconque pendant la grossesse ne doit être pratiquée que sur indication spéciale. La présence d'un fibrome praevia qui semble de prime abord exclure toute possibilité d'un accouchement par voie vaginale n'est pas une indication d'interruption de la grossesse. C'est à terme seulement que l'indication thérapeutique sera posée.

Pendant la grossesse l'intervention de choix est la myomectomie. Elle se fera par voie vaginale dans le cas d'un fibrome pédiculé sortant du col.

L'opération mutilante au cours de la grossesse sera faite d'après des indications spéciales (multiplicité des fibromes, infection, impossibilité technique de la myomectomie, etc.)

IV. — *L'accouchement* par voie vaginale est possible en cas de fibrome à siège abdominal.

En cas de fibrome praevia irréductible, une intervention chirurgicale s'impose. Elle débutera par une Césarienne dans l'intérêt de l'enfant. Elle sera suivie soit d'une myomectomie, soit le plus souvent d'une hystérectomie subtotale, la myomectomie au cours de l'accouchement étant plus grave que pendant la grossesse.

En cas d'infection grave avec enfant mort, l'extirpation en vase clos est indiquée.

V. — Au cours de la période de la *délivrance*, les hémorragies par atonie et par adhérence anormale du placenta peuvent nécessiter une hystérectomie.

VI. — Les interventions chirurgicales dans *les suites des couches* sont surtout imposées par l'infection et par l'expulsion d'un fibrome sous-muqueux.

En cas de complications ne nécessitant pas une intervention d'urgence, le traitement du fibrome sera remis à plus tard. Les indications opératoires seront alors celles de tout fibrome en dehors de la grossesse.

Vu:
Le Doyen de la Faculté:
A. FORSTER

Vu:
Le Président de thèse:
M. REEB.

Vu et permis d'imprimer.

Strasbourg, le 25 Juin 1935.
Le Recteur de l'Académie,
Prédident du Conseil de l'Université:
J. DRESCH.

BIBLIOGRAPHIE

ABEL KARL. — Lebensgefährliche Blutung in die Bauchhöhle bei Myome (Med. Klin. 1931).

ALFIERI. — Le traitement chirurgical pour fibrome praevia (Rev. franç. de Gyn. et Obst. 1921, p. 465).

AMATO LUCIO DI BERNARDO. — Emorragia endoperitoniale de fibromioma utirino (Riv. ostétr. 1928, p. 512).

ANDERODIAS, LACOUTURE et Boursier. — Césarienne et hystérectomie pour fibrome praevia. (Bull. de la Soc. d'Obs. et Gyn. 1924, p. 603.)

ANDERODIAS ET LOUBAT. — Tumeur variqueuse douloureuse du figament large pendant la grossesse et fibrome utérin (Bull. de la Soc. dObs. et Gyn. 1925, p. 464).

ARAGA RAFAEL. — El cuerpo amarillo como medio diagnostico entre los fibromas blandos y el ambarazo en el luno de la laparatomie (Rev. Med. Latino Amer. 1926, Buenos-Ayres).

ARTAUD. — Placenta praevia et fibrome. Césarienne mutilatrice (Bull. d'Obs. et Gyn. 1934, p. 238).

ARRIVAT et BREMOND. — Résection utérine pour fibrome; grossesse ultérieure, évacuation utérine sous rachi-anesthésie (Bull. Obs. et Gyn. 1930, p. 305).

AUDEBERT et FOURNIER. — Fibromes et grossese (Bull. Soc. d'Obs. et Gyn. 1932, p. 416).

AUDEBERT. — Tumeurs praevia (Rev. franç. de Gyn. et d'Obstr. 1924, p. 318).

AUTEFAGE. — Volumineux fibrome utérin compliqué de grossesse et simulant une tumeur maligne (Bull. d'Obs. et de Gynéc. 1928, p. 387).

BALARD. — Fibrome du segment inférieur et grossesse (Rev. franç. de Gynéc. et d'Obs. 1922, p. 650).

BANALIOLI. — Miomectomia d'urgenza in gravidanza (Acte dOstétr. 1930, p. 49).

BANNEY VICTOR. — The technique and results of myomectomy (Lancet, 1931, p. 171).

BARBIER EUGENE-JEAN . — Contribution à l'étude du sphacèle des fibromes utérins au cours de la grossesse (Thèse de Bordeaux, 1919, 1920).

BARDON. — Circulation artérielle dans les fibromes utérins (Rev. française de Gyn. et Obstr. 1922, p. 188).

BARTHELEMY A. — Indications opératoires dans la nécrobiose des fibromes au cours de la grossesse (Rev. franç. de Gyn. et d'Obs. 1929, p. 492).

BARTHELEMY. - Contributions à l'étude clinique et du traitement de la nécrobiose de la grossesse (Thèse de Bordeaux 1928, p. 1929).

BAZAN. — Fibromes pendant la grossesse (Semana méd. 1926, p. 1403).

BEGOUIN et PERY. — Césarienne suivie d'hystérectomie pour fibrome praevia (Rev. franç. de Gyn. et d'Obs. 1921, p. 445).

BENNER RICHARD. — Fibromyomata of the uterus complicating pregnancy (New England J. 1930, p. 757).

BEUTTNER. — Changement de tonicité du muscle utérin dans 3 cas de myomes sous-muqueux (Gynéc. et Obstr. 1922).

BINDSCHAEDLER. — Douleurs spasmodiques (Gynéc. et Obstétr. 1928, p. 352).

BLAND. — Uterine myomata and pregnancy with special reference to tumor necrosis. (Surgery Gynec. and Obsétr., 1925, p. 367.)

BOROCHOWITSCH WERA. — Ein nach einem Abort geborenes Fibromyom (Zent. Bl. Gynéc. 1930, p. 2144).

BŒRNER RUDOLF. — Mechanik der « Myomwanderung »

im graviden Uterus (Mschr. Geburtsh. 1930, p. 321).
BRAKEMANN. — Intraabdominelle Blutungen aus besonderen Ursachen beim Uterusmyomen (Betr. Path. Anat. 1929, p. 63).
BRINDEAU. — Fibrome sphacélé, phlébite, grossesse (Rev. franç. de Gyn. et Obstr. 1923, p. 53).
BRINDEAU. — Myomectomie et Grossesse (Congrès de Bruxelles, 1929).
BURGER P. — Myomectomie pendant la grossesse (Strasbourg-Médical 1932).
CHAMORRO TOMAS. — Complications dans le puerperium dues à des fibromes et leur traitement (Sem. Méd. 1933, p. 1001).
CHATILLON. — Congrès sur la Stérilité (Gyn. et Obstr. 1927, p. 80).
CHABRUT RABET. — Les hémorragies intraabdominales au cours des fibromes de l'utérus par rupture des veines sous-péritonéales (Gynécol. 1931, p. 326).
CHAVANNAZ. — Nécrobiose des fibromes et grossesse (Congrès franç. de Chir. Oct. 1919).
CHAVANNAZ. — Grossesse dans un utérus fibromateux. Accouchement prématuré (Rev. franç. de Gynéc. et Obstr, 1921, p. 444).
CŒSTER. — Störung des Geburtsverlaufes durch ein Myom (Zbl. Gynäkol. 1934, p. 619).
COGGI. — La miomectomia in gravidanza (Rass. Obstr. 1930, p. 131).
COMMANDEUR et VILLARD. — Deux cas de fibrome avec gestation (Bull. de la Sté d'Obstétr. et Gynéc. 1926, p. 325).
CONTARINI. — Myomi uterini sottosierosi in gravidanza (Clin. Ostetr. 1930, p. 611).
DANIEL et BABES. — Rôle des ovaires dans la pathogénie des fibromes (Rev. franç. de Gynéc. et Obsétr. 1926, p. 46).

DARTIGUES. — Les fibromes utérins cause de mort (Rev. franç. de Gynéc. et d'Obstétr. 1923, p. 158).

DAUM. — 3 cas de fibromes de l'utérus pendant la grossesse et accouchement (Polska Gaz. Lek. 1931, p. 8).

DAVID. — Grossesse, fibrome et cure thermale (Rev. franç. de Gynéc. et d'Obstétr 1932).

DEHAN. — Fibromes du segment inférieur et accouchement (Thèse de Bordeaux 1922, 1923).

DELBET. — Fibrome utérin ou grossesse (J. des Praticiens, février 1932).

DEMBOWSKA. — Expulsion spontanée d'un fibrome après l'accouchement (Sté de Gynéc. de Varsovie, déc. 1921).

DEVRAIGNE et RAVINA. — Myomectomie et grossesse (Sté de Gynéc. et Obstétr. de Paris, fév. 1922).

DIDIER et HIDDEN. — Extirpation par énucléation abdominale de 9 fibromes utérins. Grossesse consécutive à terme (Rev. franç. de Gyn. et d'Obs. 1922).

DUCUING et GUILHEM. — Fibrome et grossesse. Hysterectomie subtotale (Bull, d'Obs. et Gyn. 1934, p. 590).

DUCHENNE. — De l'énucléation des fibromes au cours de la gestation (L'Essor méd. 1928).

DUCHET-SUCHAUX. — Grossesse et fibrome sphacélé (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1928).

DUVAL JEAN. — Fibrome et grossesse à terme. Césarienne haute. Hysterectomie (Bull. d'Obs. et Gynec. 1930, p. 172).

DUVILLIER. — Fibromes sphacélés et grossesse (Bull. d'Obs. et Gynéc. 1932, p. 449).

ECKE. — Placenta accreta über multiplen interstitiellen Myomen (bl. f. Gynäkol. 1926, p. 1688).

D'ERCHIA FLORENZO. — Miomectomia in gravidanza (Soc. ital. Ostétr. 1929, p. 623).

ETIENNY. — Fibrome et grossesse (Toulouse-Médical, oct. 1929).

FAGUET. — Fibrome utérin. Grossesse et phlébite des membres inférieurs. Césarienne à terme. Hysterectomie. Guérison (Gaz. hebd. des Sc. Méd. Juillet 1927).

FERVERS. — Temporäre Myomenhartung in der Schwangerschaft (Zb. Gynäk. 1930, p. 2911).

FISCHL. — Ueber den Einfluss der Schwangerschaft auf das Auftreten und Wachstum gutartiger Geschwülste (Wien. Méd. Wschr. 1933, p. 645).

FISCHMANN. — Fibroids of the puerperium (Am. J. Obst. a. Gynec. St. Louis, 1924, p. 327).

FLEURENT. — Hémorragie dans le post-partum. Hystérectomie (La Gynéc. 1925, p. 372).

FRAENKEL. — Bau und Bedeutung der Myomkapsel (Zbl. f. Gynäk. 1924, p. 2399).

FROMMOLT. — Akute lebenbedrohliche Blutung bei Cervixmyom (Zbl. f. Gynäk. 1931, p. 2951).

FRUHINSHOLZ, MICHEL, HAMANT. — Myomectomie et Grossesse (Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn. 1924, p. 544).

FRUHINSHOLZ et MICHEL. — Dystocie par fibrome à dégénérescence pseudo-kystique (Bull. de la Soc. d'Obs. et Gyn. 1927, p. 411).

FRUHINSHOLZ et HAMANT. — Myomectomie dans les cas de fibromes volumineux compliquant la grossesse (Bull. d'Obst. et de Gynéc. 1928, p. 290).

FORGET URION. — La gestion chez les fibromateuses (Le Gynéc. 1925, p. 579).

FOVEAU DE GOURMELLES. — Quelques accidents des rayons X sur les enfants conçus au cours d'irridiations antifibromateuses (Paris-Méd. 1925, p. 142).

GALLERANI. — Rottura d'utero per mioma intracavitario (Clin. Ostétr. 1930, p. 738).

GAUCHERAND et BOUSSILLON. — Expulsion spontanée d'un fibrome sphacélé pendant les suites des couches (Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc. 1924, p. 465).

GAUJAUX E. — Histoire obstetricale d'un utérus avec volumineux fibromes multiples antérieurement traités par rayons X (Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris, 1925).

GEORGESCU BENONI. — Beitrag zur Behandung des Fibromes in der Gravidität (Spital 1931, p. 16).

GILLES. — Fibromes et grossesse (Rev. franç. de Gynéc. et d'Obs. 1922, p. 267).

GILLES.—Myomectomie au 3me mois de la grossesse. (Rev. franç. de Gynéc. et d'Obst. 1932).

GOUILLOUD. — 15 cas de grossesse après la myomectomie abdominale (Rev. franç. Gyn. et Obs. 1924, p. 208).

GOUILLOUD. — Myomectomie et grossesse (Congrès de Bruxelles, 1928).

GOUILLOUD. — Fibrome et grossesse (Lyon-Méd. 1925).

GROSSE. — Fibrome pédiculé dans un utérus gravidé. Gangrène du fond utérin (Rev. franç. de Gyn. et d'Obs. 1923, p. 32).

GROSSE. — Fibrome nécrobiosé, procidence du cordon, césariennne, hysterectomie. (La Gynéc. 1921, p. 621).

GROSSE. — Fibrome utérin et grosssesse. Avortement au 5me mois. Suppuration du fibrome. Hysterectomie (La gynéc. 1921, p. 63).

GROSSE. — Fibrome et grossesse avec rétro-version irréductible de l'utérus en période d'avortement. Hysterectomie subtotale (La Gynécologie, 1921, p. 659).

HAMANT et HARTMANN. — Torsion d'un volumineux fibrome au cours de la grossesse (Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc. 1932, oct.).

HARRIS. — Fibromyoma of the uterus in relation to pregnancy with report of cases (Surg. 1929, p. 322).

HARTMANN. — Ouverture à la paroi d'un fibrome suppuré au cours de la grossesse (Bull. d'Obst. et Gynéc., 1933).

HENROTAY. — Indications de l'hysterectomie abdominale pendant le travail (Gynéc. et Obstr. 1921, p. 336).

HENROTAY. — Fibrome ou grossesse ? (Gynéc. et Obst. 1924, p. 227).

HERZFELD. — Ein im Wochenbett geborenes Myom (Zbl. f. Gynäk. 1929, p. 2592).

HERZFELD. — Intraperitoneale Blutung bei Uterusmyom (Zbl. Gynäk. 1932, p. 124).

ISONO TADAO. — Ueber einen Fall des von der Schwangerschaft schwer unterscheidbaren Uterusmyoms (Arch. f. Gynäk. 1926, p. 755).

JAROUSSE. — Un cas de fibrome pédiculé tordu pendant la grossesse (Gaz. Méd. de Nantes. Fév. 1934).

JEANNIN. — Complications des fibromes durant la puerpéralité (Clinique, 1925).

JUARISTI. — Schwangerschaft u. Geburt bei Myom (Münch. Med. Wschr. 1926, p. 2128).

JUNG GABRIEL. — Tumeurs de l'utérus et de ses annexes faisant une dystocie pendant l'accouchement (Thèse de Strasbourg, 1927).

KELLER-TADEUSZ. — Myoma Gravidarum (Polska Gaz. Lek. 1932, p. 742). ?

KELLER R.. — Dangers de myomectomie (Gynéc. et Obst. 1929, p. 337).

KELLER R. — Nécrobiose des fibromes (Soc. de Gynéc. et d'Obst. de Strasb. Mai 1935).

KŒSTER. — Myom und Schwangerschaft (Zbl. d. Gynäk. 1933, p. 1473).

KREIS. I. — Le rôle de la poche des eaux dans l'accouchement (Bull. d'Obst. et Gynéc. 1928).

KREIS. — Rupture prématurée de la poche des eaux et incision du col (Bull. Soc. Obst. et Gynéc. 1928).

KREIS. — Accouchement médical (Rev. franç. de Gynéc. et dObst.

KREIS I: — Fausses douleurs, rupture prématurée de la poche des eaux et traitement de la dilatation (Bull. Soc. d'Obst. et Gynéc. 1931).

KREIS J. — Avantages de l'accouchement médical chez la « primigeste » âgée (Rev. fran. de la Gynéc. et Obst. 1932, p. 700).

KUESTNER. — Myom und Schwangershaft (Zbl. f. Gynäk. 1933, p. 851).

LABONNE. — Rétention d'urine dans les fibromes utérins (Thèse de Bordeaux, 1928.)

LAFFONT. — A propos d'un cas de dystocie par fibrome praevia (Bull. de la Soc. d'Obs. et de Gynéc. 1926, p. 475).

LANTEJOUL. — Sur les difficultés de pronostic dans certains cas de fibrome et grossesse (Congrès de Bruxelles, 1929).

LANTEJOUL. — Fibrome utérin cause d'hémorragie intrapéritonéale dans les suites de couches (La Gynéc. 1926, p. 422).

LAURENTIE. — Troubles péritonéaux graves au 3me et 8me mois de la grossesse causés par un fibrome simulant une appendicite. Myomectomie. Accouchement prématuré (Gynécologie 1923, p. 684).

LAURENTIE. — Dystocie par volumineux fibrome praevia. Hysterectomie subtotale sans ouverture de l'utérus (Soc. d'Obst. et Gynéc. de Toulouse, Novembre 1920).

LAUENTIE. — Fibrome utérin et grossesse (Vie Médicale, Paris 1924).

LAWSON JOHN. — Roentgentherapy of utérine myoma during pregnancy (California a Western med., 1925, p. 301).

LEIBOVICI. — Gravité de l'avortement et dangers du curetage en cas de fibromes utérins (Presse Méd. 1927, p. 613.)

LEROUX. — La nécrose aseptique des fibromyomes durant la grossesse (Bull. Méd. 9215, p. 1049).

LORIER. — Diagnostic dans les premiers mois de la grossesse (Rev. franç. de la Gyn. et Obst. 1929, p. 335).

LUKER, GORDON. — Fibromyoma of uterus, rupture of capsule, with protrusion of part of the tumour with secondary necrosis (Pross. of the Royal Soc. of Med. 1927, p. 39).

LYNCH F. W. — Fibroids and ovarian cysts complicating pregnancy (Californiā a Western. Méd. déc. 1931).

MAGNAN. - Fibromyome et grossesse (Gaz. Méd. de France, Mars 1933).

MAHON. — Faut-il opérer les fibromes nécrobiosés au cours de la grossesse (Bordeaux-Chir. Janvier 1933).

MANN AND LOWENBURG. — Submucosus myoma complicating the puerperium and review of the litterature with the report of case (Amer. Journ. Obst. 1933, p. 443).

MASSON, JAMES C. — Myomectomy, hysterectomy and radiotherapy in fibromyoma of uterus (Journ. of the Amer. med. assoc. 1926, p. 1530).

MATWEIEFF. — Myomes et grossesse (Gynéc. et Ostétr. 1932, p. 300).

MAYER. — Ueber Myomoperationen in der Schwangerschaft (Zbl. Gynäk. 1932, p. 1922).

MESTITZ WALTER. — Ueber drei verlaufende Blutgefässe an der Oberfläche von Myomen (Arch. Gynäk. 1931, p. 358).

MICHEL et ROUSSEAUX. — Nécrobiose aigue d'un fibrome après l'accouchement (Bull. d'Obstétr. et Gynéc. 1931, p. 288).

MIRCOUCHE IRENE. — A propos de la Myomectomie au cours de la grossesse (Thèse de Paris, 1925).

MOSHER. — The incopatibility of pregnancy et fibroids of uterus (Amer. Journ. Obst. and Gynec. St. Louis, 1926).

MULLER. — Dilatation sacciforme du segment inférieur de l'utérus gravide fibromateux (Gynéc. Obst. 1931, p. 730.

NEBESKY. — Retentio placenta infolge Myoma uteri (Xbl. f. Gynäk. 1933, p. 2934).

NEBESKY. — Ein Fall von Retentio placenta infolge von Myoma uteri (Zbl. f. Gynäk. 1925, p. 2138).

NESSMANN et TASSOWATZ. — Hemorragie intra-péritonéale par rupture vasculaire sur un fibrome utérin. (Bull. d'Obst. et de Gynéc. 1932, p. 406).

NIHAIL C. ALECSIU. — Polypes fibreux de l'utérus et gestation (Thèse de Paris, 1925).

NISOT. — Fibromes suppurés (La Gynéc. 1927, p. 299).

OTT HERBERT. — Ueber Myom als Schwangerschaft-Komplikation (München, 1930, p. 24).

OTTOW. — Myoma praevium mit darauf inserierten Placenta praevia (Zbl. Gynäk. 1933, p. 2370).

PAPILLON. — Un cas d'hémi-résection utérine, suivie de gestation (Rev. franç. de Gynéc. et d'Obst. Nov. 1931).

PATEL et DENIS. — Nécrobiose des fibromes utérins (Gynéc. et Obst. Mars 1928).

PAUCOT. — Fibrome et grossesse. Accouchement à terme Rec. franç. de Gyn. et d'Obstr. 1921, p. 111).

PAUCOT et REEB. — Le traitement chirurgical des hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur. (Rapport au VIIIe Congrès de l'Assoc. des Gyn. et Obst. de langue française. Oct. 1933, in gyn. et Obst. 1933.)

PEREZ. — Myome rouge de la grossesse accompagné de torsion (Semana Méd. 1930, p. 846).

PESTALLOZZA. — Fibrome in Gravidanza (Rev. Ital. Ginéc. 1931, p. 97).

PETIT. — Myomectomie et grossesse (Rev. franç. de Gynéc. et d'Obst. Avril 1932).

PFAHLER et VASTINE. — Irradiation in the traetement of fibromyoma of the uterus (Amer. J. Roentgenol. 1934, p. 51).

PHANEUF. — Myomectomie during pregnancy (Nex-England, J. méd. 1930, p. 565).

PIERSON. — Rapports du fibrome et de la grossesse, 25 cas (Amer. J. of Obstétr. and Gyn. Sept. 1927).

PIERSON. — Fibromyomata and pregnancy, a study of 250 cases (Amer. J. of Obst. and Gynec. 1927, p. 333 et 391).

PLACINTIANU. — De la myomectomie pendant la puerpéralité (Rev. franç. de la Gynéc. et d'Obstr. 1927, p. 421).

PORCHER. — Grossesse avec fibrome simulant une grossesse gemellaire (Journal des Soc. méd. de Lille, 1929, page 192).

POWOLOZKAJA. — Fibromyome und Schwangerschaft (Russkij Ginek. Vestnik, 1924, p. 13).

QUARANTITTO ADRIANO. — Fibroma cistice in gravidanza al sesto mese scambiato per idramnios (Clin. ostétr. 1928, p. 505).

REEB. — A propos du déplacement des fibromes au cours de la gestation (Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc., Déc. 1927).

REEB. — Diagnostic et diagnostic différentiel de la grossesse par injection intra-veineuse d'extrait hypophysaire postérieur (Gynéc. et Obst. 1930, p. 193).

REEB. — Lésions de l'utérus gravide (Strasbourg-Méd. 1926, p. 72, T. II).

REEB. — Fibromes et grossesse (Soc. d'Obst. et de Gyn. de Strasb., Déc. 1929).

REEB. — Grossesse et accouchement 4 ans après triple myomectomie (Strasb.-Méd. 1925, No 5).

RETTERER et VORONOFF. - Muqueuse utérine et fibromes (La Gynéc. 1924, No 4).

ROSNER. — Pathogénie des myomes (Gynéc. et Obst. T. V. 1922).

SOAVEDRA ALBERTO. — Fibrome et grossesse à terme (Bull. Soc. d'Obst. 1932, p. 375).

SAENGER HANS. — Ueber Myomkapselblutung (Zbl. f. Gyn. 1927, p. 1643).

SALACZ. — Ueber die praktische Bedeutung der Gewebnecrose der Uterus-Myomen (Orv. Hetil. 1930, p. 451, Hongrois).

SAUVE LOUIS. — Hysterectomie abdominale (Presse Médicale, juin 1935).

SCARPITTI CORRAMO. - Sul determinismo patogenesico del conteguo emorragico dei fibromiomi uterini, studiato attraverso le modificazioni del connettivo della mucosa. (Ann. Ostétr. 1933, p. 1037.)

SCIBELLI. — Distacchi parziali e prococci ali placenta in utero con miofibromatosi diffusa (Arch. Ostétr. 1929, p. 378.)

SELLHEIM. — Ueber Verschiebung von Fibromen im Uterus (Mschr. Geburtsh. 1930, p. 319).

SENNEWALD. — Myom und Ileus (Zbl. Gynäk. 1930, p. 2205).

SPENCER HERBERT. — Infected myoma complicating pregnancy (Brit. méd. Journ. 1925, p. 647).

SCHICKELE. — Les contractions spasmodiques de l'utérus parturient (Gyn. et Obst. 1928, p. 406).

SCHICKELE. — Die Aetiologie und Kausale Therapie der Uterusblutungen (Mschr. f. Geburtsh. 1914, p. 290).

SCHICKELE. — Concernant le diagnostic de la grossesse intra-utérine (Soc. dObst. et de Gynéc. de Strasb. Juin 1923).

SCHICKELE. — Intervention obstétricale et chirurgicale au cours de l'accouchement (Gynéc. et Obstétr 1920, p. 1).

SCHICKELE. — L'énucléation des fibromes est-elle à recommander ? (Rev. franç. de Gynéc. et d'Obst. 1924, p. 58).

SCHLŒSSER. — Zur Histo- und Morfogenese der Uterusmyome (Arch. Gynäk. 1930, p. 25).

SCHMIDT. — Submuköses Myom im puerperalen Uterus Med. Klin. 192, p. 1407).

SCHWARCZ. — Blutung in Puerperium infolge Myoms Uterusextirpation (Semana Med. 1934, p. 1279).

TAUBENHAUS. — Myomectomia sub-gravidanza (Warsz. Czas. Lek. 1930, p. 590).

TERY. — Les troubles cardiaques au cours de l'évolution du fibrome. Pathogénie et traitement. (Thèse de Paris, 192).

TESAURO. — Miomectomia e rottura d'utero (Arch. ostétr. 1932, p. 243).

TESAURO. — Schwangerschaftsverlauf nach Röntgenbestrahlungen der Mutter nebst Beobachtungen über das Kind. (Zbl. f. Geburtsh. 1932, p. 522).

TEULIERE. — Fibrome et Grossesse (Thèse de Bordeaux, 1921).

TONGEREN. — Schein-Schwangerschaft, hervorgerufen durch ein ödematöses Fibromyom (Nederl. Tijdschr. 1934, p. 1).

VALLOIS LEON. — Fibrome utérin et puerpéralité (Bull. d'Obst. et Cynéc. 1930, p. 278).

VIANA. — Diagnozi differenziale tra fibroma e gravidanzo. (Clin. ostért. 1924, p. 139).

VIOLET. — Diagnostic et traitement dans les fibromyomes utérins accompagnés de grossesse (Lyon-Médical, 1925, p. 61).

VAUDESCAL. — Les fibromes compliquant la grossesse (Hôpital, Paris, 1925, p. 44).

VAUDESCAL. — Myomectomy during pregnancy (Brit. méd. 1928, p. 793).

VOLPIANSKAIA. — Zur Klinik der Nekrosen interstitieller Uterusmyomen (Cynäk. 1931, p. 318).

WALTHER. — Zur Komplikation der Schwangerschaft mit Myoma Uteri (Münch. mediz. Wschr., 1924, p. 351).
WATSON. — Pregnancy and labor complicated by fibroid tumor (Amer. Journ. Obst. a Gyn. 1932, p. 351).
WEBER HENRY. — Perforation of a fibromyomatous uterus fallowing version (Amer. Journ. Obstét. 1933, p. 597).
WIEMANN AXEL. — Lebensgefährliche Blutung in die Bauchhöhle bei Myom (Zbl. der Gynäc. 1931, p. 3376).

SOMMAIRE

1. Introduction 11
2. Résumé des observations 14
3. Eléments de diagnostic 41
4. Evolution de la grossesse compliquée de fibrome 47
5. Accouchement 61
6. Délivrance 67
7. Suites des couches 69
8. Résultats 73
9. Conclusions 75
10. Bibliographie 77